Rok XLIV. Kraków 11 Lutego 1905. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

O rzadkiej postaci niemiarowości ruchów serca (arytmii) spostrzeganej w przebiegu ostrego zapalenia osierdzia.

Podał

Dr. Maryan Franke, asystent kliniki.

Zapatrywania na źródło ruchów serca uległy w ostatnich dziesiątkach lat znacznej zmianie, a chociaż dziś jeszcze nie jest rozstrzygnięte pytanie, czy ruchy serca odbywają się pod wpływem podniet z układu nerwowego śródsercowego, czy też są wytworem samoistnym mięśnia sercowego, to przecież teorya samodzielności mięśnia sercowego znajduje coraz więcej zwolenników.

Według dawniejszej teoryi „n e r w o w e j“ — grupy komórek zwojów śródsercowych, odkryte przez Remaka, Biddera i Ludwika, są ośrodkami ruchowymi i koordynacyjnymi serca; z nich to wychodzące podniety, rytmiczne i odpowiednio po sobie postępujące, są źródłem skomplikowanej czynności serca. Komórki mięśnia sercowego uważać natomiast należy jako narządy, zupełnie bierne, niesamodzielne. Każdy ruch mięśnia sercowego jest zatem tylko oddźwiękiem zmian, zaszłych w komórkach zwojowych. Jak wiemy, łączność między układem nerwowym ośrodkowym, a zwojami śródsercowymi, tworzą nerw błędny i spółczulny, a za ich pośrednictwem czynność zwojów śródsercowych, a tem samem i serca, ulegać może zmianom odpowiednio do zmienionych warunków zapotrzebowania.

Z żyjących uczonych zwolennikami tej teoryi są jeszcze Kronecker[1]) i Cyon[2]).

Przechodząc do teoryi nowszej, „m i ę ś n i o w e j“ zauważyć należy, że Gaskel, a potem Engelmann, pierwsi postawili pytanie, czy czynność serca nie może przecież się odbywać bez współudziału układu nerwowego, czyli, że w samym mięśniu leżałoby źródło ruchów serca. Tak powstała teorya „m i ę ś n i o w a“, a opiera się ona głównie na całym szeregu doświadczeń Engelmanna, dalej badaniach Romberga i Hisa *jun.*, którzy wykazali obecność skurczów rytmicznych serca u płodu, w czasie, kiedy ono jeszcze nie zawiera komórek zwojowych, dalej na badaniach samodzielnego ruchu koniuszka serca, który nie posiada wcale komórek nerwowych, badaniach porównawczych u innych zwierząt i t. d.

Według tej teoryi każdą komórkę mięśnia sercowego należy uważać jako narząd samodzielny, który posiada zdolność s a m o d z i e l n e g o w y t w a r z a n i a p o d n i e t (*Reizerzeugung*), p r z e w o d z e n i a i c h (*Reizleitung*), p o b u d l i w o ś c i (*Reizbarkeit*) i k u r c z l i w o ś c i (*Contractilität*) pod wpływem jakichkolwiek podniet. Cztery te zasadnicze własności komórki mięśnia sercowego zostają w pewnej zależności od siebie, a przedewszystkiem od skurczu (*systole*) mięśnia. Następstwem kombinacyi ich jest ruch rytmiczny serca. Największą zdolność wytwarzania podniet posiadają komórki mięśniowe w okolicy wpadania żył do przedsionków i one też nadają takt ruchowi całego serca.

Według tej teoryi komórki zwojów śródsercowych mają tylko znaczenie podrzędne, jako ośrodki czuciowe, a może i odżywcze.

Według tej teoryi układ nerwowy pozasercowy (t. j. nerw błędny i spółczulny) działa w p r o s t na komórki mięśnia sercowego bez pośrednictwa zwojów śródsercowych, a zmieniając cztery, wyżej podane, zasadnicze ich własności, umożliwia zastosowanie się czynności serca do zmieniających się warunków zapotrzebowania. Wpływ ich na wytwarzanie się podniet w komórkach mięśnia sercowego nazywa Engelmann „c h r o n o t r o p o w y m“, na przewodzenie „d r o m o t r o p o w y m“, na pobudliwość „b a t h m o t r o p o w y m“, a na kurczliwość „i n o t r o p o w y m“. Działanie to może być dodatnie, t. j. zwiększające, lub ujemne, t. j. osłabiające wspomniane własności.

Tak w krótkości przedstawia się teorya „mięśniowa“ Gaskel-Engelmanna, którą uznają prawie wszyscy fizyolodzy. Przyjęła się ona w klinice dzięki temu, że stawiając na pierwszy plan mięsień sercowy, pozwala nam wytłómaczyć wiele objawów, których wyjaśnienia nie dawała teorya „nerwowa“. Jak dotąd daje ona nam cenne praktyczne wyniki, odnoszące się do rokowania i leczenia chorób sercowych. Podnieść również należy skutki teoryi „mięśniowej“, dotyczące zapatrywania na rozmaite rodzaje niemiarowości (*arythmia*) serca, której przyczyny tłómaczy nam ona dzisiaj inaczej i jaśniej.

Od szeregu czasu w klinice lekarskiej Uniw. lwowskiego zajmujemy się szczególnie zachowaniem się niemiarowości serca w rozmaitych stanach chorobowych, a wynik tych spostrzeżeń później w całości będzie ogłoszony. Wśród tych badań natrafiliśmy na przypadek sam przez się w kierunku niemiarowości tak ciekawy, że zdaniem naszem zasługuje na osobne ogłoszenie.

Przypadek ten, którego historyę choroby w skróceniu podaję, jest następujący:

Chory *J. Z.*, l. 68, przebywał w klinice od 19/2 do 14/6 1904. W y w i a d y. Obciążenia dziedzicznego w żadnym kierunku wykazać nie można. Żona chorego umarła na gruźlicę płuc. Dzieci chorych nie miał. W dzieciństwie, ani później do 66 roku życia nie chorował. Oddawna nadużywał napojów wyskokowych i przed dwoma laty, t. j. w 66 r., zapadł na obłęd opilczy. Tytoniu nie nadużywał, a chorób wenerycznych nie przebywał wcale. Ostatnia choroba zaczęła się z początkiem stycznia b. r. dreszczykami, podwyższeniem ciepłoty, kluciem



Fig. I.



Fig. II.



Fig. III.

po stronie prawej klatki piersiowej, kaszlem i dusznością, a kiedy objawy się zwiększały, chory zgłosił się do kliniki, gdzie został przyjęty 19/2 1904.

Stan obecny. Wzrost niski, budowa kośćca mierna, kręgosłup okazuje silne zboczenie na lewo i ku tyłowi (*kyphoscoliosis*). Odżywienie podupadłe. W narządzie oddechowym stwierdzono objawy otorbionego surowiczego wysięku opłucnowego po stronie prawej, zrosty opłucnowe po lewej, zagęszczenie w obu szczytach płuc, rozedmę płucną i rozległy nieżyt oskrzelowy. Oddechy 26—28 na minutę, nasilone. W narządzie krążenia stwierdzono, że uderzenie koniuszkowe serca jest słabe, macalne i widzialne w V przestworze międzyżebrowym w linii sutkowej lewej. Stłumienie serca sięga na prawo do linii mostkowej lewej, a na lewo schodzi się z uderzeniem koniuszkowem serca. Przysłuch wykazuje nad koniuszkiem dwa czyste tony; nad tętnicą płucną dwa tony, drugi wzmocniony, a nad tętnicą główną pierwszy ton nieczysty, a drugi również wzmocniony. Nad podstawą serca słychać słabe tarcie osierdziowe. Tętnice obwodowe o ścianach zgrubiałych, lekko pokręcone, tętnica sprychowa słabo wypełniona i słabo napięta. Tętno regularne, równe, około 80 uderzeń na minutę. Żyły na szyi i na brzuchu lekko rozszerzone, tętnienia nie okazują. Na twarzy i kończynach lekka sinica. Wątroba powiększona, sięga jeden palec niżej łuku żebrowego, zresztą innych zmian w jamie brzusznej nie stwierdzamy. Obrzęków niema. Ciepłota 37·5° C. Mocz o składzie prawidłowym.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało wówczas: *Condensatio apicum pulmon. utriusque; emphysema pulmonum, bronchitis diff. chron., concretiones pleurales ambilaterales praec. dextr., exsudatum pleuriticum serosum saccatum dextrum, pericarditis obsoleta, processus atheromatosus, kyphoscoliosis.*

Z przebiegu zaznaczyć muszę, że objawy zapalenia opłucnej, mimo kilkukrotnego wypuszczania płynu utrzymywały się stale aż do końca życia, stan podgorączkowy również, a przytem wzrastało osłabienie i wyniszczenie. Tętno zawsze regularne między 80—90.

Dnia 7/6 1904 nad podstawą serca świeże tarcie osierdziowe. Tętno 100, słabo napięte, oddechów około 30. Ciepłota 37·8° C.

Z dnia na dzień objawy zapalenia osierdzia wyraźniejsze. Ciepłota 10/6 dochodzi do 38·4° C.

11/6. Niemiarowość (*arythmia*) serca po raz pierwszy (patrz *Fig. I i II*).

Chory znacznie osłabiony, senny, lekko zamroczony, ale odpowiada dobrze na zadane pytania. Oddechy 28—30 na minutę.

Dnia 12/6 i 13/6 niemiarowość serca stała, choć nieco w odmiennej formie (patrz *Fig. III*), osłabienie znaczniejsze.

Dnia 14/6. Chory nad ranem zakończył życie.

Rozpoznanie sekcyjne (15/6 1904 Doc. Dr. Kučera). *Pleuritis sero-fibrinosa tuberculosa partis inferioris, anterioris et lateralis pulmonis dextri. Atelectasis e compressione lobi infer. lateris eiusdem. Emphysema vicariens pulmonis sinistri. Induratio cyanotica pulmon. Tuberculosis indurat. circumscr. lobi super. sinistri et apicis dextri. Bronchitis venostatica et bronchiectasiae cylindriformes. Pleuritis adhaesiva ambilater. Pericarditis sero-fibrinoso-tuberculosa. Hypertrophia cordis totius et dilatatio minoris gradus. Endomyocarditis fibrosa chron. papillaris. Atheroma aortae. Indur. cyanotica laevis organorum. Tumor lienis subchronicus. Gastro-enteritis cathar. chron. Tuberculosis caseosa hepatis. Kyphoscoliosis dextra columnae vertebrarum thoracicae.*

Zanim przejdę do rozbioru ciekawego zachowania się czynności serca w naszym przypadku pod koniec życia, należy dodać kilka uwag co do technicznej strony badań. Zdjęcia sfigmograficzne można było dokonać tylko na tętnicach; zdjęcie uderzenia koniuszkowego serca było niemożliwe, bo uderzenie koniuszkowe było za słabe, a znaczną trudność sprawiało zniekształtnienie klatki piersiowej. Również zdjęcie obrazu żyły szyjnej było nie do przeprowadzenia, bo żyły były bardzo mało widoczne, a tętnienia samoistnego w nich, jak wspomniałem, nie można było wykazać. Przy rozbiorze ruchów serca będziemy musieli wobec tego oprzeć się tylko na zachowaniu się tętna tętnic, uzupełniając badanie wynikami osłuchiwania serca. (Dok. nast.)

II. Z kliniki pedyatrycznej Prof. Pfaundlera w Gracu.

O rozpuszczalności kwasu moczowego w surowicy.

Podał

Dr. Henryk Trenkner.

(Dokończenie.)

Poprzestając na razie na tych uwagach, przechodzę do mojej pracy.

Za radą prof. Pfaundlera próbowałem, czy podana przez Klemperera metoda określenia stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi nie da się zastosować do kwestyi t. zw. skazy moczanowej. Niestety nie doszedłem do żadnych wniosków w tej sprawie, lecz otrzymane wyniki same przez się są o tyle ciekawe, że ośmielam się ogłosić je jako jeszcze jeden przyczynek do patologii dny.

W doświadczeniach swoich postępowałem w sposób następujący, odmienny nieco od Klemperera. W większości przypadków krew otrzymywałem z żyły przez zwykłe nacięcie i zbierałem ją bezpośrednio do czystego suchego naczyńka. Krew bydlęcą i psią otrzymywałem przy zabijaniu zwierząt. Po utworzeniu się skrzepu zlewałem ostrożnie surowicę, w razie zaś przypadkowej domieszki ciałek czerwonych usuwałem je przez centryfugowanie. Czas oddzielania się surowicy oznaczony jest na załączonej tablicy, jako okres I. Obok podawana jest ciepłota, przy której odbywało się oddzielanie. Używany do badań kw. moczowy poprzednio był dokładnie wysuszony nad chlorkiem wapniowym. Odważoną ilość kw. moczowego wsypywałem do odmierzonej ilości surowicy i pozostawiałem je wzajemnemu działaniu przez czas pewien przy określonej ciepłocie, kłócąc od czasu do czasu pałeczką szklaną. Okres ten na tablicy oznaczony jest jako okres II. Następnie zawartość naczynia sączyłem pod zmniejszonem ciśnieniem przez suchy sączek o oznaczonej wadze, kwas moczowy, pozostały na sączku, przepłókiwałem wodą, alkoholem i eterem i następnie suszyłem nad $CaCl_2$ aż do stałej wagi. W ten sposób oznaczałem ilość nierozpuszczonego kw. moczowego, a przez odejmowanie od ilości pierwotnie zużytej ilość, rozpuszczoną w oznaczonej objętości surowicy.

Na załączonej tablicy podaję wyniki badań w tym porządku, w jakim zostały wykonane.

Przyjmując, że dana objętość surowicy może rozpuścić do nasycenia pewną ilość Q kw. moczowego, zaś każda surowica już zawiera jakąś określoną, chociażby minimalną ilość q, to do zupełnego nasycenia danej surowicy kw. moczowym brak ilości $Q-q$, którą oznaczam jako D (deficit). Z załączonej tablicy widać, że wartość D waha się w granicach nader rozległych, bo od 0.2780 (na 100 ctm.³ surowicy) aż do zupełnej nierozpuszczalności. Przyczyny tego zjawiska mogą być dwojakie: albo zależą od kw. moczowego, jego zdolności tworzenia roztworów nasyconych różnego stężenia, lub też są wyrazem biochemicznych własności surowicy. To drugie przypuszczenie wydaje mi się słuszniejszem. Za każdym razem po odłączeniu nierozpuszczonego kw. moczowego tworzył się w przesączu po pewnym czasie nowy osad z moczanu sodowego (*Mononatriumurat*), o czem przekonywały badania mikroskopowe (charakterystyczne igły) i chemiczne (próba mureksydowa). W ciepłocie niższej (10°C), to następowe wykrystalizowywanie się moczanów odbywało się wolniej, niż przy wyższej (37° C)[2]). Dalej jedynie biochemicznemi właściwościami samej surowicy da się wytłómaczyć zmienność D dla surowicy tego samego osobnika w zależności od warunków odżywiania, wreszcie zawisłość od wieku, gatunku i t. d.

Wpływy, od których mogły zależeć biochemiczne własności badanych surowic, dadzą się podzielić na 2 kategorye:

1. stan surowicy zależny od:

a) czasu przechowywania jej od chwili otrzymania krwi aż do odsączenia nierozpuszczonego kw. moczowego (okres I i II),

b) od t^0, w której surowica była przechowywana;

2. indywidualne własności surowicy, zależne od:

a) gatunku,

b) wieku,

c) pożywienia,

d) (?) konstytucyi.

Wpływy te uwydatniają następujące zestawienia:

1 *a*). W doświadczeniach 5, 6 i 7, 19 i 16, 10 i 11, 8 i 9 *caeteris paribus* (ta sama surowica, przechowywana i nasycana przy tej samej t^0) odmiennym jest tylko czas przechowywania surowicy. Wartość D zmniejsza się w każdej grupie w miarę tego, jak czas przechowywania surowicy staje się dłuższy.

Nr. doświadczenia	Czas przechowywania I i II okresy	Ciepłota	D
5	4 i 24 godz.	10—15° C	0.2275
6	24 i 24 „	10—15° C	0.1170
7	48 i 24 „	10—15° C	0.0540
19	20 i 9 „	10—15° C	0.1860
16	27 i 24 „	10—15° C	0.0988
10	24 i 12 „	15° C	0.0410
11	24 i 24 „	10—15° C	0.0000
8	24 i 24 „	10—15° C	0.1865
9	48 i 24 „	10—15° C	0.1315

1 *b*). Wpływ ciepłoty, w której surowica była przechowywana, na wartość D, uwydatnia zestawienie doświadczeń 14, 16 i 15, dalej 12 i 13:

Nr. doświadczenia	Czas przechowywania I i II okresy	Ciepłota	D
14	24 i 24 godz.	2—3° C	0.1432
16		11° C	0.0988
15		37° C	0.0000
12	60 godz.	2—3° C	0.1500
13		37° C	0 0533

Im, *caeteris paribus*, niższą jest t^0 przechowywania, tem więcej kwasu moczowego surowica może rozpuścić.

Ponieważ przed odsączeniem surowica zawsze nabierała ciepłoty pokojowej, więc ten czynnik fizyczny nie wywierał wpływu na jej zdolność rozpuszczania kw. moczowego.

[2]) Przy ilościowem oznaczeniu wykrystalizowanego „mononatriumuratu“, ze względu na rozpuszczalność tej soli w wodzie, postępowałem jak następnie: Po odsączeniu sposobem zwykłym kładłem sączek wraz z osadem do wody, zlekka zakwaszonej kw. octowym. Następnie oddzielałem otrzymany tą drogą kwas moczowy od płynu zapomocą powtórnego przesączenia, przepłókiwałem go wodą zakwaszoną, suszyłem i ważyłem. Odnośne wartości podane są na tablicy II.

Tablica I.

Nr. doświadcz.	Pochodzenie krwi	Wiek	Rozpoznanie kliniczne wzgl. sekcyjne	Inne warunki	Sposób otrzymania krwi	I okres		II okres		Ilość użytej surowicy w ctm.³	Ilość dodanego kwasu moczowego w gramach	Ilość nierozpuszczonego kw. mocz. w gramach	Rozpuściło się kwasu moczowego w gramach	„D“ na 100 ctm.³ surowicy
						Czas (godziny)	Ciepłota C°	Czas (godziny)	Ciepłota C°					
1	dorosły H. T.	32 l.	Objawy dny		Venaesectio	24	15	24	15	25	0.1238	0.0713	0.0525	0.2100
2	dziecko F. L.	9 mies	Eczema capitis „arthriticum“.		„	24	15	24	15	50	0.2297	0.1438	0.0860	0.1720
3	dziecko W.	10 godz.	Partus praematurus	Cadaver	Punctio cordis	24	15	24	15	25	0.3228	0.3077	0.0151	0.0604
4	dziecko A B.	3 l.	Lichen scrophulosorum		Venae sectio	24	15	24	15	25	0.2548	0.2161	0.0387	0.1548
5	dorosły M. P.	32 l.	Zdrowy		„	4	15	24	15	20	0.3572	0.3117	0.0455	0.2275
6	tenże	„	„		„	24	10	24	15	20	0.2693	0.2459	0.0234	0.1170
7	tenże	„	„		„	48	10—15	24	15	10	0.0773	0.0719	0.0054	0.0540
8	dziecko Ba	7 l.	Poliomyelitis anterior		„	24	10	24	15	20	0.2801	0.2428	0.0373	0.1865
9	tenże	„	„		„	48	10	24	15	20	0.1123	0.0860	0.0263	0.1315
10	pies					24	10	12	15	20	0.1867	0.1785	0.0082	0.0410
11	„					24	10	24	15	20	0.3161	0.3178	—0.0017*	
12	„					48	10	12	37	15	0.3976	0.3893	0.0083	0.0533
13	„					48	10	12	2	20	0.1958	0.1658	0.0300	0.1500
14	bydło rogate					20	10	24	2	50	0.3311	0.2595	0.0716	0.1432
15	„					20	10	24	37	40	0.2865	0.3013	-0.0148*	
16	„					24	10	24	10	40	0.1800	0.1405	0.0395	0.0988
17	dziecko J. T.	13½ l.	„Arthritismus“ hysteria		Venaesectio	24	10	24	15	24	0.1053	0.0827	0.0226	0.0941
18	dziecko Bi	3 mies.	Erysipelas	Cadaver	Punctio cordis	24	15	24	15	10	0.1070	0.1134	—0.0064*	
19	bydło rogate					20	10	10	15	50	0.6092	0.5162	0.0930	0.1860
20	dziecko Tr.	7½ l.	Haemiplegia cerebr. spast.		Venaesectio	24	11	24	11	16	0.1207	0.1052	0·0155	0.0971
21	dziecko F.	2½ mies.	Pneum. lobul.	Cadaver	Punctio cordis	24	11	24	11	19	0.0980	0.1084	—0.0104*	
22	dziecko J. H.	11 l.	Vitium cordis incomp.		Venaesectio	24	11	24	11	50	0.1334	0.0850	0.0484	0.0968
23	dorosły H. T.	32 l.	Znamiona dny	Dyeta mieszana	„	24	11	24	11	16	0.1319	0.1122	0.0197	0.1231
24	dziecko N. O.	2 l.	Ruptura abdominis, eventratio	Cadaver	Punctio cordis	24	11	24	11	17	0.0929	0.0845	0.0084	0.0494
25	dorosły H. T.	32 l.	Znamiona dny	Po wycieczce górskiej	Venaesectio	24	11	24	11	18	0.1317	0.0879	0.0438	0.2433
26	tenże	„	„	Po dyecie roślinnej	„	24	11	24	11	21,5	0.1489	0.0892	0.0597	0.2780
27	dziecko J. T.	13½ l.	„Artrytyzm“ histerya	„	„	24	11	24	11	30	0.1865	0.1226	0.0639	0.2130
28	dorosły M. P.	32 l.	Zdrowy	Po wykluczeniu mięsa	„	24	11	24	11	35	0.1476	0.0943	0.0533	0.1514
29	dziecko K. E.	5 l.	Nephritis		„	36	11	12	15	100	0.5696	0.4046	0.1650	0.1650
30	dziecko F. G.	6 l.	„		„	24	11	24	37	100	0.3668	0.3567	0.0101	0.0101
31	dziecko A. N.	„	Nephritis chron.		„	30	11	24	pokojowa	60	0.3813	0.2577	0.1236	0.2060
32	tenże	„	„		„	30	37	24	37	60	0.3857	0.4097	—0.0240*	

NB. Doświadczenia Nr. 29 do 32 były wykonane już w lecie 1903 r. przez asystenta kliniki pedyatr. Dr. K. v. Plannera i łaskawie użyczone mi przezeń do ogłoszenia.

W doświadczeniach oznaczonych * przy odłączaniu otrzymałem nieco więcej kw. moczowego, niż było pierwotnie dodane. Liczby ujemne leżą w granicach omyłek oznaczenia i należy przyjąć, że w tych przypadkach zdolność surowicy do rozpuszczenia kw. moczowego sprowadziła się do zera.

Tablica II.

Wykaz spostrzeżeń dotyczących następowego samoistnego wypadania rozpuszczonego pierwotnie kwasu moczowego.
(Okres III.)

Nr. doświadcz.	Rozpuściło się w okresie II	Okres III			
		Czas trwania w godz.	T^0 C.	samoistnie wypadło	
				mononatriumurat	co odpowiada kw. moczowemu
4	0.0387	20	37	0.0300	0.0264
5	0.0455	24	37	0.0354	0.0313
6	0.0234	24	37	0.0186	0.0161
8	0.0373	24	37	0.0070	0.0062
29	0.1650	24	37	0.1756	0.1553
30	0.1236	24	pokojowa	0.0719	0.0636

2 *a*. Wpływ gatunku ilustruje porównanie doświadczeń 10 i 19, dalej 6 i 11:

Nr. doświadczenia	Czas przechowywania I i II okresy	Ciepłota	*D*
10 (pies)	24 i 12 godz.	10—15° C	0.0410
19 (bydło rogate)	20 i 10 „	10—15° C	0.1860
6 (32 l. mężczyzna)	24 i 24 „	10—15° C	0.1170
11 (pies)	24 i 24 „	10—15° C	0.0000

Z porównania doświadczeń 10 i 19 (pozostałe warunki różnią się jedynie b. nieznacznie co do czasu) wypadałoby, że wartość *D* dla surowicy psiej jest niższa, niż dla surowicy bydła rogatego. Z doświadczeń zaś 6 i 11 — *caeteris paribus* — wartość *D* dla surowicy psiej jest znacznie niższa, niż dla ludzkiej. Wszelakoż dalsze badania powinnyby jeszcze potwierdzić stałość tych stosunków.

2 *b*. Porównanie doświadczeń 1, 8 i 12, dalej 23, 22 i 29 rzuca pewne światło na wpływ wieku na wartość *D*.

Nr. doświad.	Czas przechowywania I i II okresy	Ciepłota	Wiek	*D*
1	24 i 24 godz.	15° C	32 l.	0 2200
8	24 i 24 „	10—15° C	9 l.	0.1865
2	24 i 24 „	15° C	9 mies.	0.1720
23	24 i 24 „	10° C	32 l.	0.1231
22	24 i 24 „	10° C	11 l.	0.0968
20	24 i 24 „	10° C	7½ l.	0.0971

Wprawdzie wahania wartości *D* nie są zbyt wielkie, być może, skutkiem przewagi innych czynników, jednakowoż daje się spostrzedz wzrastanie wartości *D* z wiekiem jednostki.

W doświadczeniach 3, 18, 21 i 24 krew otrzymywałem zapomocą nakłucia serca ze świeżych zwłok dzieci, zmarłych w pierwszych 2 latach.

Nr. doświadczenia	*D*
3	0.0604
18	—
21	—
25	0.0494

Liczby powyższe są nader nizkie, coby nie przeczyło poprzednim wywodom; jednakże trudno mi z całą pewnością wykluczyć wpływ warunków otrzymywania krwi ze zwłok: zmian pośmiertnych krwi, przesycenia jej CO_2, powolnej krzepliwości (skrzepy były nader wiotkie); nadto otrzymana z tej krwi surowica zawsze prawie była mętna, z pewną domieszką ciałek czerwonych.

2 *c*) Na 3 osobach badałem wpływ rodzaju pożywienia na zdolność surowicy do rozpuszczania kwasu moczowego. *J. T.* (dośw. 27) i *H. T.* (dośw. 26) odżywiali się przez 8 dni wyłącznie pokarmami roślinnymi, oraz mlekiem w niewielkich ilościach. *M. P.* (dośw. 28) — przez dni 7 pozostawał na dyecie mieszanej z całkowitem wszakże wykluczeniem mięsa.

	Nr. doświadczenia	Czas przechow. I i II okresy	Ciepłota	*D*
J. T.	17 zwykłe pożywienie	24 i 24 g.	10—15°C	0.0941
	27 po 8 dniach dyety roślinnej	24 i 24 „	10—15°C	0.2130
H. T.	23 zwykłe pożywienie	24 i 24 „	11°C	0.1231
	26 po 8 dniach dyety roślinnej	24 i 24 „	11°C	0.2780
M. P.	6 zwykłe pożywienie	24 i 24 „	10—15°C	0.1170
	28 po 7 dniach wykluczenia mięsa	24 i 24 „	10—10°C	0.1540

We wszystkich trzech przypadkach uderza znaczny przyrost wartości *D* po przejściu na dyetę roślinną, a nawet, jak w dośw. 28, po wykluczeniu jedynie mięsa.

Z pomiędzy osób, których surowicy używałem do powyższych badrń, 3 przedstawiały objawy t. zw. „uricemii“.

J. T. (dośw.) 17): *albuminuria artharitica*, *obstipatio habitualis*, *hysteria*.

H. T. (dośw. 23): *Seborrhoë*, *eczema*, *acne*, *migraena periodica*, obciążenie dziedziczne.

L. (dośw. 2): *Eczema capitis arthriticum*.

U pozostałych: *A. B.* (dośw. 4), *Be.* (dośw. 8), *M. P.* (d. 6), *Tol.* (d. 20), *He.* (d. 22) nie można było wykazać żadnych znamion dny (artrytyzmu).

»Artrytycy«	*D*	Wolni od »artrytyzmu«	*D*
Dośw. 17 (J. T.)	0.0941	dośw. 4 (*A. B.*)	0.1548
„ 23 (H. T.)	0.1231	„ 8 (*Be.*)	0.1865
„ 2 (L.)	0.1720	„ 6 (*M. P.*)	0.1170
		„ 20 (*Tol.*)	0.0971
		„ 22 (*He.*)	0.0968

Z danych powyższych nie można wysnuć żadnych wniosków o wpływie skazy moczanowej na wartość *D*. Być może, że inne czynniki wpływ ten maskują.

Badanie 25 dotyczy surowicy tej samej osoby, co i 23. Między jednem a drugiem badaniem upłynął tydzień czasu, wartość zaś D w drugim wypadku wzrosła dwukrotnie z 0.1231 na 0·2433. Drugie nacięcie żyły wykonane było nazajutrz po uciążliwej wycieczce górskiej.

Z powyższych komentarzy widać, że na razie przynajmniej nie można wysnuć żadnych wniosków w kwestyi pochodzenia t. zw. „artrytyzmu“ w wieku dziecięcym. Gdyby jednak udało się ze zmian wartości *D* wnioskować co do omawianej skazy dnawej (a do tego w materyale przezemnie zebranym znalazłyby się bądź co bądź pewne wskazówki), to jednak przy oznaczeniu wartości *D* należy

zwrócić największą baczność na te wszystkie czynniki, które, jak to wykazałem, wywierają na nią tak znaczny wpływ. Oznaczenie *D* bez względu na stan surowicy, zależny od czasu, ciepłoty, nie posiadają żadnego znaczenia dla oceny zachowywania się kw. moczowego względem surowicy w ustroju. *In vitro*, zwłaszcza przy ciepłocie wyższej, surowica już po kilku godzinach ulega zmianom i jej zdolność do rozpuszczania kw. moczowego zmniejsza się tak znacznie, że może spaść do zera. To spostrzeżenie, jak sądzę, nie jest obojętne dla patologii dny. Widzieliśmy, że surowica, nasycona kw. moczowym w ciepłocie pokojowej lub w termostacie (37⁰), wskutek pewnych zmian biochemicznych wydziela wkrótce rozpuszczony kw. moczowy w postaci kryształów moczanu sodowego — „mononatriumurat“ (patrz tabl. II). Ze zjawiskiem tem wiąże się zapewne odkładanie tegoż moczanu w złogach (*tophi*). Według pojęć nowszych odkładanie się moczanów w dnie odbywa się w tkankach martwych, oraz w tkankach z upośledzonem krążeniem. Być może, że w ustroju w tych częściach zachodzi przemiana analogiczna w surowicy do tej, którą obserwowaliśmy *in vitro*, wskutek tego krew traci również zdolność rozpuszczania kw. moczowego; następstwem tego jest odkładanie się złogów, składających się z tych samych igiełek moczanów, które opadały z surowicy i mogły być zebrane na sączku.

Spostrzeżenie, że rozpuszczony kw. moczowy wypada z surowicy, gdy ją dłuższy czas przechowywamy, nie jest zupełnie nowe. — jak o tem świadczą uwagi Wienera o doświadczeniach Rittera z r. 1897. (Praca oryginalna nie była mi dostępna). Z doświadczeń moich nad wpływem t⁰ wnoszę wszakże, że Ritter zjawisko to tłómaczył niezupełnie trafnie.

Zmniejszenie rozpuszczalności kw. moczowego w surowicy *in vitro* możnaby tłómaczyć bądź zmniejszeniem się jej zasadowości, bądź też pojawieniem się odczynu kwaśnego. Na próbkach mojej surowicy prof. M. Pfaundler wykonał oznaczenie zasadowości (pomiary te będą omówione na innem miejscu obszerniej) i przekonał się, że w okresie I i II koncentracya jonów prawie nie zmniejsza się. A więc inne czynniki wpływać muszą na zmianę rozpuszczalności kw. moczowego w surowicy.

Przy pracy niniejszej korzystałem z następujących rozpraw:

Klemperer: Zur Pathologie u. Therapie der Gicht (odbitka z „Deutsche med. Wochenschr.“, 1895, Nr. 40.) — Tenże: Lösung u. Zerstörung der Harnsäure im Blute Gesunder u. Gichtkranker (odbitka z „Therapie der Gegenwart“, 1901). — Minkowski: Die Gicht. Specielle Pathologie u. Therapie. T. VII, II połowa. Wiedeń 1903. Tamże wyczerpująca bibliografia. — Wiener: Die Harnsäure und ihre Bedeutung für die Pathologie. „Ergebnisse der Physiologie“, rocznik II. Obfita bibliografia. — Goeppert: Über Harnsäureausscheidung („Jahrbuch für Kinderheilkunde“ 1900). — Comby: L'arthritisme ches les enfants („Arch. de méd. des enfants“ 1902, T. V, 1 i 2). — Tenże: Arthritisme („Traité des maladies de l'enfance“ T. II, 1897). — Leulier: L'eczéma arthritique de l'enfance („Arch. de med. des enfants“ 1902, T. V, 6).

III. Z krajowego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Hidroterapia w psychiatryi.

Podał

Dr. J. Woszczyński,

sekundaryusz oddziału.

(Dokończenie).

Chorzy, cierpiący na jadłowstręt, dadzą się często nakarmić w ciepłej kąpieli lub w wilgotnych zawijaniach, a czasem potem sami jeść zaczynają. Objawy lęku, niepokój z powodu omamów zmysłowych lub wewnętrznego bolu leczymy ciepłemi kąpielami lub wilgotnemi zawijaniami. W ograniczonych „sensacyach“, towarzyszących uczuciu lęku, oddają dobre usługi częściowe zawijania klatki piersiowej. Krafft Ebing, Schüle, Kraepelin polecają dłuższe kąpiele, inni (Emminghaus) kąpiele krótkie, twierdząc, że dłuższa kąpiel potęguje trwogę. Ważną rolę odgrywa tu osobnicze zachowanie się chorego podczas zabiegu. Choremu, który w dłuższej kąpieli okazuje niepokój, zalecimy krótką kąpiel lub zawijania, w ostateczności zaniechamy wszystkiego i poprzestaniemy na lekach odurzających.

W psychozach z porażeniami muszą być zaniechane wszelkie radykalne procedury, a więc zimne i gorące kąpiele i tusze. Podniecenia w okresie obłędnym porażenia postępującego uśmierzają się wilgotnemi zawijaniami lub ciepłemi kąpielami, które stosowane wieczorem, łatwiej sen sprowadzają. Porażonych ruchliwych, zanieczyszczających się, lub brudzących się kałem, należy trzymać w dłuższej kąpieli ciepłej, tak dla uspokojenia, jak i dla czystości. Dłuższe ciepłe kąpiele wywierają szczególnie dobre skutki w odleżynach. Kąpiele takie zapobiegają często odleżynom, lub wczas polecone goją je. W tym celu układa się chorego na rozpiętem w wannie prześcieradle, aby odleżyn nie ugniatał o twarde dno wanny.

Zdarzające się niekiedy w kąpieli napady porażne nie są jej następstwem; prawdopodobnie podniecenie, z powodu którego polecono kąpiel, było zapowiedzią tego napadu. Natomiast dłuższe kąpiele powodują niekiedy, zwłaszcza u zażywnych, osłabienia lub omdlenia; służba, dozorująca kąpiących się, powinna być pouczoną, że chorego omdlałego, lub nieprzytomnego z powodu napadu porażnego należy natychmiast wynieść z kąpieli i zawiadomić lekarza. Wypadki takie są rzadkie i nieprzewidziane.

W psychozach czynnościowych, mających przebieg chroniczny (paranoia), lub w psychozach wieku młodzieńczego, skłonnych do otępienia umysłu, godne są zalecenia ciepłe kąpiele, zmywania, nacierania, nietylko dla uspokojenia, ale i dla wzmocnienia układu nerwowego i uczynienia go odporniejszym przez podniesienie przemiany materyi w ustroju.

W psychozach wieku schyłkowego (zaduma, otępienie ze starości) ciepłe kąpiele łagodzą niepokój, uśmierzają omamy zmysłowe i służą jako lek nasenny, zwłaszcza u tych chorych, u których leki odurzające i nasenne mogą być podawane tylko ostrożnie.

W psychozach na tle wad rozwojowych [nieudolność umysłowa (*imbecillitas*), niedołęztwo umysłowe (*idiotismus*)] wodolecznictwo ma podrzędne znaczenie; w zakładach dla

obłąkanych polecają i takim chorym kąpiele w czasie podniecenia.

W nerwicach, połączonych z zaburzeniami sfery psychicznej, hidroterapia ma rozległe zastosowanie; znaczenie jej jest jednak tylko objawowe lub suggestyjne. Dotyczy to przedewszystkiem histeryi, której pojedyncze objawy chorobowe uśmierza się rozmaitego rodzaju zabiegami wodnymi przy pomocy elektroterapii. Przeważnie używane bywają kąpiele ciepłe, kąpiele lokalne parowe, częściowe zawijania, zlewania, nacierania, a nawet tusze u dobrze odżywionych. Czasem energiczny zabieg, odwracający uwagę chorego od jego dolegliwości, osiąga swój cel, choć nie na długo; czasem systematyczne leczenie, podniesienie przemiany materyi i odżywiania wpływa na polepszenie stanu ogólnego.

Podobnie ma się rzecz i z neurastenią. Tak w histeryi, jak w neurastenii niepodobna trzymać się szablonu, lecz szukać należy wskazania leczniczego w osobniczych właściwościach cierpienia. Nigdzie może nie można przesadą w leczeniu tyle złego zrobić, co w neurastenii.

W zakładach dla obłąkanych przychodzą do leczenia nerwice z rozwiniętemi już psychozami. Lżejsze formy bywają leczone zabiegami, działającymi odświeżająco lub sprawiającymi przyjemne znużenie; cięższe formy, połączone z niepokojem i bezsennością, dłuższemi ciepłemi kąpielami.

W padaczce wodolecznie ma znaczenie czysto zapobiegawcze. Mianowicie potrzeba się starać częstemi kąpielami utrzymać czystość skóry, co ma szczególne znaczenie w okresie leczenia bromem i może zapobiedz wystąpieniu osutki bromowej. W stanach podniecenia po padaczce, połączonych często z podniesieniem ciepłoty, poleca się wilgotne zawijania. Niema zabiegu, któryby mógł zapobiedz wystąpieniu napadu padaczkowego, a polecane przez dawniejszych autorów tusze raczej przyspieszają napad.

Obłęd opilczy (*delirium tremens*) czasem potrzeba leczyć wodą, kiedy inne środki się nie nadają lub zawodzą. Zwykle używa się wilgotnych zawijań, jako najmniej ryzykownych.

Czynione w tym kierunku próby przez prof. Köppena [13]) w Charité wykazały, że zawijania na szczycie obłędu są bez pożytku, a nawet mogą sprowadzić zapad, zastosowane zaś w czasie ustępowania obłędu, są bardzo skuteczne i skracają go; chory zasypia w kocach, a sen ten kończy obłęd.

Zimna woda, zwłaszcza w postaci pełnych kąpieli priessnitzowskich, nigdzie nie bywa używaną; wyjątkowo używają zimnych krótkich półkąpieli w „sensacyach“ skórnych, n. p. w uczuciu gorąca u chorych, którzy z tego powodu zrzucają z siebie bieliznę lub drą ją i w celu zapobieżenia samogwałtowi. Chłodne łagodne tusze polecają jako środek odświeżający i wpływający na przemianę materyi.

Miejscowe zabiegi: okłady zimne i gorące, kompresy, znajdują częste wskazania w ograniczonych dolegliwościach.

Kąpiele dla czystości ciała bywają polecane przynajmniej raz na tydzień.

Hidroterapia uważaną jest obecnie za najważniejszy środek uspokajający, a obok metody leżenia w łóżku za najlepszy i najmniej szkodliwy środek leczniczy i nasenny.

[13]) Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 55.

Na to zgadzają się powszechnie; istniejące różnice w zapatrywaniach dotyczą szczegółów w wyborze zabiegu wodoleczniczego i jego skutków i zależą od osobistych wrażeń. Jeśli wyniki nie zawsze są zadowalniające, to pamiętać trzeba o tem, że jak z jednej strony nie jest jeszcze dokładnie znane fizyologiczne działanie wody na ustrój, tak z drugiej strony jest jeszcze wiele ciemnych punktów co do przyczyn chorób umysłowych i zmian chorobowych w mózgu.

Przy pomocy hidroterapii ograniczono ilość leków odurzających, co ma wielkie znaczenie wobec łatwości przyzwyczajania się do nich; wtedy dla zmiany polecają się ciepłe kąpiele, szczególnie wieczorem, po których w razie potrzeby można znów zacząć od małych dawek leków odurzających. Chory po kilkugodzinnej kąpieli, czujący znużenie i senność, nie może krzyczeć, niepokoić drugich, niszczyć odzieży i sprzętów; tem samem nie potrzeba odosobniać go.

W zakładach dla obłąkanych kąpią chorych w dzień tylko; kąpiele stałe, trwające w dzień i w nocy, nie mogą być przeprowadzone ze względu na małą liczbę służby, która na noc musiałaby być zmienioną. Takie kąpiele mogą być stosowane w klinice Kräpelina, gdzie jeden służący przypada na czterech chorych.

W zakładzie kulparkowskim stosujemy z niezaprzeczoną korzyścią leczniczą wszystkie przytoczone zabiegi wodolecznicze wedle wskazań wyżej opisanych. Na razie jednak, z powodu niekorzystnego położenia obecnych łazienek i nieodpowiedniej wody, musimy się z konieczności ograniczać nieco w stosowaniu tych zabiegów i nie możemy na większą skalę ich używać. Stać się to będzie mogło dopiero po ukończeniu budowy nowych pawilonów i przeobrażeniu odpowiedniem obecnego głównego budynku zakładowego, poczem każdy oddział otrzyma osobne dla siebie łazienki, położone przy korytarzu, do sal prowadzącym. Każdy bowiem poziom każdego nowego budynku otrzyma odrębne dla siebie łazienki, a w budynku głównym na każdym poziomie urządzone będą osobne łazienki dla każdego skrzydła tego budynku. Na razie zapobiegamy brakowi łazienek w ten sposób, że w razie potrzeby wstawiamy na sali chorych dużą wannę ruchomą miedzianą na kółkach i w ten sposób unikamy niemiłego i nieraz trudno wykonalnego prowadzenia, względnie przenoszenia chorych do odległych łazienek. Ruchome wanny do kąpieli nasiadowych znajdują się w odpowiedniej liczbie na każdym oddziale tak, że można łatwo jednego chorego, a zwłaszcza zanieczyszczającego się, kąpać dwa, a nawet trzy razy codzień, jeśli się tego okaże potrzeba. Tuszów zimnych używamy wyłącznie w czasie skwarnego lata dla ochłodzenia chorych.

IV. Oceny i sprawozdania.

E. H. Oppenheimer: **Theorie und Praxis der Augengläser** (in 8-vo, 200 stronic, 191 rycin). Nakład A. Hirschwalda. Berlin. 1904.

Jak obowiązkiem każdego lekarza jest znać dokładnie skład, własności i sposób przyrządzania leków, jakie swym chorym zapisuje z apteki, tak i obowiązkiem okulisty, wydającego przepis na okulary, jest posiadać pewien zapas wiadomości technicznych, któreby mu pozwoliły ze znajomością rzeczy sprawdzić, czy okulary przepisane (i to zarówno szkła

same, jak i ich oprawa) zostały przez optyka wykonane poprawnie i bez zarzutu. Inaczej zniewoleni jesteśmy mechanikowi zostawić swobodę wyboru co do wielu drobnych, niejednokrotnie jednak ważnych szczegółów wykonania, co do których rozstrzygać powinien przepisujący, a nie wykonawca. Tymczasem w piśmiennictwie okulistycznem nie było dotąd dobrego podręcznika okularnictwa, a w podręcznikach okulistyki, nawet obszernych, techniczna strona sporządzania okularów i binokli jest z natury rzeczy uwzględnioną w bardzo tylko szczupłym zakresie. Tę dotkliwą lukę wypełnia nader korzystnie dziełko Oppenheimera. Przeznaczone jest ono zarówno dla okulisty, jak i dla optyka, a nawet wykształcony laik może w niem znaleźć dla siebie pożyteczne nieraz wskazówki i wyjaśnienia.

Po wstępie historycznym, w którym autor przedstawia stopniowy rozwój gałęzi przemysłu, mających związek z wyrobem okularów, następuje szczegółowy opis fabrykowania szkieł do okularów wszelakiego rodzaju. W związku z tem omawia, do czego powinna się ograniczać czynność optyka, oraz potępia tak zwane „Ocularia“, w których dobiera się kupującym szkła z pominięciem porady zawodowego okulisty, lub z pomocą najemnego lekarza, którego rola w takim zakładzie nie licuje bynajmniej z powagą stanu lekarskiego.

W trzecim rozdziale opisał autor szczegółowo wszystkie części składowe okularów, różne rodzaje materyału, z jakiego może być sporządzona oprawa szkieł, różne odmiany szkieł samych i t. d. W następnym rozdziale w ten sam sposób przedstawia wszelkie szczegóły techniczne różnych typów binokli (*pincenez*). W dalszym ciągu znajdujemy opis innych, służących do poprawy wzroku szkieł, oprawnych w postaci lornetek damskich, monokli, lornet teatralnych i t. d., przyczem prócz czysto technicznych uwzględnione są także względy estetyczne. Nawet różnym rodzajom futeralików i pudełek, służących do przechowania okularów i binokli, poświęca autor rozdział osobny. Niemniej szczegółowo przedstawia liczne typy okularów ochronnych dla robotników fabrycznych, dla elektrotechników, dla automobilistów i t. d. Ważny jest rozdział X, w którym autor wyłuszcza znaczenie oddalenia szkieł od oka, nachylenia szkieł do osi widzenia, dalej znaczenie odległości środków źrenic i wysokości tak zwanego nanośnika. Równocześnie poucza, jak należy wykonywać odpowiednie pomiary, w czem niestety okuliści zbyt często dają się wyręczać optykom, nie posiadającym do tego dostatecznego uzdolnienia. Wreszcie znajdujemy w książce Oppenheimera wskazówki co do numerowania soczewek i pryzmatów i co do mierzenia siły łamliwej szkieł zapomocą sferometru i innych, służących do tego celu przyrządów.

Dziełko to, ułożone z prawdziwie niemiecką systematycznością, zawiera tyle ciekawych i praktycznie ważnych szczegółów, a przytem odznacza się taką jasnością przedstawienia rzeczy, do czego przyczyniają się też bardzo liczne ryciny, że powinno znaleźć miejsce w bibliotece każdego okulisty. *Doc. K. W. Majewski.*

V. Wyciągi.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. D. Pulvermacher. **Przypadek pierwotnego mięśniaka tkanki łącznej miednicy.** (*Zentralbl. f. Gyn.*, 1905, Nr. 2). Mięśniaki tego rodzaju są rzadkością (nie należą tu takie, które pozostają w jakimkolwiek związku z częściami rodnemi). Z liczby kilkunastu znanych w piśmiennictwie należy zdaniem P. kilka jeszcze wykreślić jako niezupełnie pewnych. Przypadek autora dotyczy kobiety 36-letniej, która przy pierwszym porodzie, odbytym przed 2 miesiącami, zauważyła sama bolesny obrzęk w prawem podbrzuszu. Badanie wykazało na prawo od prawidłowo położonej macicy guz wielkości główki dziecięcej, nierówny, dość ruchomy, sięgającą górną granicą ponad wchód miednicy, pozostający w związku z macicą zapomocą szypuły. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono płyn wolny mętno-krwawy; guz różowawy, zlepiony z kilkoma pętlami jelita cienkiego i z siecią, daje się ze wszystkich stron odgraniczyć i oddzielić od części rodnych i od ściany miednicy. Guz wycięto wraz z przydatkami strony prawej, poczem usunięto również przydatki po stronie lewej. Po $3^1/_2$ miesiącach zgłasza się chora z nawrotem w postaci rozlanego nacieku w prawej połowie miednicy. W 6 tygodni później nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcya wykazała guz pomiędzy blaszkami prawego więzadła szerokiego i przerzuty w licznych narządach. Pod mikroskopem wykazano 2 główne typy nowotworu, jeden o komórkach wrzecionowatych, drugi o wielokształtnych. P. uważa na podstawie badania preparatu i wyniku sekcyi przypadek ten za mięśniak, wychodzący pierwotnie z tkanki łącznej więzadła szerokiego prawego, a opierając się na wyniku badania mikroskopowego, wyklucza możliwość pochodzenia z dodatkowego jajnika. *B. Wojciechowski*

B. Müller. **O wywoływaniu miejscowej niedokrewności i znieczulenia.** (*Zentralblatt für Gynaekologie*, 1905. Nr. 2). Wiemy już, że stosując znieczulenie miejscowe zapomocą pewnych mieszanek adrenaliny, względnie suprareniny z kokainą, eukainą β lub tropakokainą, można wykonywać u kobiety pewne zabiegi operacyjne na częściach rodnych, przedewszystkiem na pochwie i części pochwowej, z ominięciem znieczulenia ogólnego. M. próbował działania różnych mieszanek i w różnem zagęszczeniu na zwierzętach, a później stosował ten rodzaj znieczulenia przy mniejszych operacyach na chorych. Opierając się na swem bogatem doświadczeniu, poleca M. jako najskuteczniejszą mieszankę rozczyn adrenaliny (lub suprareniny) 1: 10.000 w 1% kokainie. Bez obawy można wstrzyknąć w krótkich przerwach razem 2—3 sz. ctm. tego płynu, gdy się operuje na pochwie, więcej zaś ostrożności należy zachować przy znieczulaniu okolic silniej unaczynionych, jak łechtaczka lub sam miąższ maciczny. Wynika z tego, że w każdym razie trzeba oszczędnie z płynem się obchodzić i rozdzielać go dokładnie w tkankach. Autor występuje przeciw twierdzeniu H. Freunda, który uważa mieszankę suprareniny z eukainą β za lepszą, bo mniej niebezpieczną, niż z kokainą. Doświadczenia M. przemawiają zaś za tem, że polecana przez Freunda mieszanka nie sprowadza tak szybkiego znieczulenia, ani nie pozwala operować tak bezkrwawo, jak wówczas, gdy się stosuje kokainę. Zdaje się z tego wynikać, że eukaina nie pozwala adrenalinie rozwinąć w całej pełni swego działania w postaci zwężenia naczyń, które przyczynia się w tak wysokim stopniu do tego, że znieczulenie następuje szybko i że długo się utrzymuje. *B. Wojciechowski.*

Dr. Henkel. **Włókniaki i ich leczenie zachowawcze.** (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, T. LIII, Z. 3, 1905). Autor twierdzi, iż najważniejszą rzeczą w leczeniu włókniaków jest rozstrzygnięcie, czy trzeba je operować, czy też poprzestać na leczeniu zachowawczem. Wybór leczenia zależy od objawów chorobowych. Z objawów tych za najważniejsze uważa: 1) Zaburzenia pęcherzowe, przy których jedynem leczeniem jest zabieg operacyjny. 2) Bole, których źródłem mogą być same włókniaki, tkanka około- i przymaciczna, otrzewna, przydatki, wreszcie towarzyszące włókniakom zmiany zapalne błony śluzowej. Przy tych objawach radzi autor stosować kąpiele w zdrojowiskach odpowiednich, względnie nasiadówki solankowe i błotne, okłady Priessnitza z rozczynu soli stassfurtskiej, tampony glicerynowe itd. Po wyczerpaniu tych środków dopiero przystąpić do operacyi. 3) Krwotoki, przy których należy stosować naparzanie wnętrza macicy przyrządem Pinkusa, tamponadę, wyskrobanie macicy z następowem przyżeganiem 10—20% rozczynem chlorku cynkowego przy pomocy strzykawki Brauna, lub też przestrzykiwanie jamy macicy rozczynem alkoholowym chininy (*Chinini muriat. 5,00, Spirit. 50%—500,00*). W przypadkach, gdzie nie wystąpiła jeszcze zbyt silna bezkrwistość, należy stosować najlepiej działające według autora *Extr. hydrastis canad.* 3 razy dziennie po łyżeczce. Dobre wyniki daje podawanie przetworów żelaza, np. *Chininum ferro-citricum* itp. W przypadkach następowej wodnistości krwi należy stosować wstrzykiwania żelatyny lub wewnętrznie podać chlorek wapna (*Chlorcalcii 10,00, Aqu. dest. 180,00, Syrupi ad 200,00. S. 2 razy dziennie po łyżce*). 4) Zwyrodnienie złośliwe włókniaków, n. p. rak, lub mięsak. Zwyrodnienia rakowatego autor sam nigdy nie napotkał, natomiast parę razy stwierdził mięsaki. Rozpoznanie zwyrodnienia złośliwego jest często bardzo trudne; cechują je według autora: *a)* Rozrost nowotworu po ustaniu miesiączkowania: *b)* krwawienie w tym okresie życia kobiety; *c)* występujące wyniszczenie; *d)* nagromadzenie płynu w jamie brzusznej; *e)* szybki wzrost miękkich guzów; *f)* jeżeli po odjęciu jednego ukleja szybko drugi się rozwija. Autor przyznaje jednak, że wszystkie te objawy wystąpić mogą także bez złośliwego zwyrodnienia. Leczeniem jedynem będzie zabieg operacyjny. *Dr. Wierzbicki.*

OKULISTYKA. Sattler. **Leczenie oderwania siatkówki.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 1 i 2, 1905). We wstępie swego klinicznego wykładu zapowiada autor, że omawiać będzie tylko t. zw. samodzielne oderwanie siatkówki, wykluczając ze swych spostrzeżeń oderwania siatkówki, występujące po gwałtownych urazach, lub przy nowotworach śródocznych, zapaleniach jagodówki i w przebiegu chorób nerek. Przyczyny powstawania samodzielnego oderwania siatkówki są właściwie tylko czynnikami usposobiającymi lub wywołującymi. Jednym z najważniejszych czynników wywołujących jest wysoki stopień krótkowzroczności, jak to wynika z przytoczonych przez autora dokładnych statystyk różnych zakładów leczniczych. Wiek starszy również odgrywa ważną rolę: po latach 50 oderwanie siatkówki występuje bardzo często. Przewaga wieku starszego nie występuje tylko w przypadkach, odznaczających się krótkowzrocznością większą, niż 10,0 D, gdyż tu spotykamy się z oderwaniem siatkówki w daleko wcześniejszym wieku, — dowód, jak bardzo szkodliwym jest wpływ krótkiego wzroku. Płeć męzka przeważa bez względu na wiek. Z przyczyn wywołujących uwzględnić należy: rany lekkie, przebiegające bez zakażenia; uderzenia w oko lub w jego otoczenie narzędziem tępem. Statystyka urazowego oderwania siatkówki nie daje dokładnego pojęcia o częstości powstawania zwykłego, niepowikłanego oderwania, wliczone są bowiem do tych spostrzeżeń ciężkie uszkodzenia oka ze znacznym upływem ciała szklistego itp. Istnieją jeszcze przyczyny okolicznościowe, w których czynnikiem wywołującym jest utrudniony odpływ krwi z oka, lub też dopływ krwi, odbywający się pod wzmożonem ciśnieniem. Należą tu wszelkie wysiłki fizyczne, nagłe zmiany ciepłoty ciała i wpływy nerwowe, powodujące zaburzenia naczynioruchowe. W warunkach prawidłowych oko pokonywa owe szkodliwe czynniki, a oderwanie siatkówki powstaje dopiero wówczas, gdy istniały przedtem przyczyny usposabiające. Po wstępie obszerniejszym, lecz zapoznającym zato czytelnika z patogenezą oderwania siatkówki, przystępuje autor do omówienia sposobów leczenia; przedtem jednakże czyni krótką wzmiankę o samowyleczeniu oderwania siatkówki, które — niestety — należy do przypadków bardzo rzadkich. Dla chorego jedynie korzystnem jest wyleczenie fizyologiczne oderwania siatkówki z przywróceniem czynności nerwowej; małe zaś ma znaczenie wyleczenie anatomiczne, polegające tylko na przyleganiu oderwanej siatkówki do pierwotnej podstawy. W nieznacznej tylko liczbie przypadków osiąga się wyleczenie fizyologiczne; siatkówka przyczepiona nie wykazuje wówczas różnicy od części otaczających. Przeważnie jednak, i to w przypadkach starszych, napotykamy w oderwanej części siatkówki zmiany barwikowe, zanikowe lub przerostowe. Główną zasadą, kierującą zabiegami leczniczymi, powinno być przeprowadzenie leczenia w ten sposób, by nie nadwerężało i nie osłabiało chorego. Spokojne ułożenie chorego w łóżku na wznak — stanowi podstawę leczenia. Zaciemniony pokój działa uspokajająco na ruchy gałki ocznej, zapobiega wskutek tego przesuwaniu się ciałka szklistego i zmianom położenia oderwanej siatkówki. Opaska uciskowa nie jest konieczną; autor przypisuje jej nawet wpływ ujemny na ogólny stan chorego. Opaska uciskowa bez spokojnego leżenia w łóżku zupełnie nie odpowiada celowi. Autor nie jest również zwolennikiem gwałtownego leczenia napotnego lub przeciwzapalnego, gdyż oderwanie siatkówki przebiega zupełnie bez objawów zapalnych. Leczenie rtęciowe, wskazane w przypadkach wypocin zapalnych, nie powinno mieć tu zastosowania; już bardziej odpowiedniem jest podawanie jodku sodowego i potasowego. W nowszych czasach stosuje się wstrzykiwania podspojówkowe w okolicy oderwanej siatkówki z roztworów soli kuchennej o coraz silniejszem stężeniu. Według badań Wesselyego działanie ich ma polegać na tem, że drażnią one naczynia ciałka rzęskowego, powodują wydzielanie przez ściany naczyń płynu obfitującego w białko, sprawiają podwyższenie ucisku śródocznego, wzmożone wessanie płynu podsiatkówkowego, oraz osadzenie złogów włóknika pod siatkówką, które może spowodować zlepienie oderwanych części. O licznych zrostach w tkance podspojówkowej w następstwie wstrzykiwań soli przekonać się można po wyjęciu gałek, leczonych poprzednio wstrzykiwaniami. Według autora łagodne leczenie oderwania siatkówki polegać ma: 1) na spokojnem ułożeniu chorego na wznak; 2) lekkiem poceniu się i 3) wstrzykiwaniach podspojówkowych soli kuchennej. Dopiero jeśli nie uzyska się poprawy po 2—3 miesiącach takiego leczenia, należy przystąpić do leczenia operacyjnego. Przedtem jednakże trzeba zwrócić uwagę chorego na niepewne i wątpliwe wyniki zabiegu operacyjnego. S. w świeżych nawet przypadkach zastrzega sobie do leczenia zachowawczego i operacyjnego przeciąg dłuższego czasu, gdyż przy leczeniu oderwania siatkówki wymagana jest nadzwyczajna cierpliwość ze strony chorego. Z licznych sposobów operacyjnych przytacza S. tylko kilka, będących jeszcze w użyciu. Najstarszym zabiegiem jest wypuszczenie płynu podsiatkówkowego zapomocą nakłucia osłon oka nożykiem Graefego w miejscu, odpowiadającem oderwaniu siatkówki; metoda ta największej jeszcze ma zwolenników. Przypalania twardówki dla wywołania lekkiego stopnia miejscowego zapalenia, wstrzykiwania pod siatkówkę roztworów jodu lub przyszycie oderwanej błony katgutem (Gałęzowski) nie znajdują prawie wcale naśladowców.

W nowszych czasach stosuje Deutschmann wypuszczenie płynu podsiatkówkowego i przecinanie ciała szklistego, a to w tym celu, aby siatkówkę uwolnić od ciągłego napięcia kurczącego się ciała szklistego. Sposób podany przez Müllera polega na skracaniu gałki ocznej w oczach o wysokiej krótkowzroczności zapomocą wycinania klina z twardówki. Wyniki jednak operacyjne bynajmniej nie są zachęcające, dlatego też główną uwagę należy zwrócić na leczenie zapobiegawcze, uwzględniając wyżej wymienione przyczyny, usposabiające i wywołujące. W końcu omawia jeszcze autor oderwanie siatkówki ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Rozstrzygnięcie lekarskie, czy oderwanie siatkówki rzeczywiście nastąpiło wskutek wypadku, zależeć będzie od dokładnego zbadania okoliczności towarzyszących. *W. Reis.*

Kauffmann. **Przyczynek do kazuistyki zranień oka opiłkami żelaza.** (*Die ophtalmologische Klinik*, 1905, Nr. 1). Autor przytacza szereg przypadków, w których wydobył ciała obce żelaźne z oka: w 2 przypadkach przyszło do utraty oka z powodu zapalenia całego oka, trzy razy powiodło mu się uratować gałkę oczną, jednak z utratą wzroku, a w trzech przypadkach zdołał przywrócić wystarczającą do pracy bystrość wzrokową. Na podstawie własnego doświadczenia radzi autor jak największy pośpiech w usuwaniu z oka odprysku żelaza, zwłaszcza, jeśli zachodzi obawa, że rana już jest zakażona. Ale i w tych przypadkach, gdzie niema żadnych objawów zapalnych, lepiej nie zwlekać operacyi, bo gdy się ciało obce otorbi, wtedy zdarzyć się może, że nawet olbrzymi elektromagnes Haaba nie zdoła go na zewnątrz wydobyć. Wyjątkowo tylko udaje się wydostać odprysk metalu z głębi oka przez tę samą ranę, którą on sam wytworzył, przebijając ściany gałki. Zazwyczaj trzeba zrobić w twardówce cięcie południkowe i wprowadzić koniec ręcznego elektromagnesu Hirschberga. Jakkolwiek duży elektromagnes Haaba oddaje nieraz, zdaniem autora, bardzo dobre usługi, zwłaszcza jeśli chodzi o przeprowadzenie odprysku żelaza z poza soczewki do przedniej komory, to jednak wskazana jest przy użyciu tego magnesu ze względu na jego ogromną siłę, wielka ostrożność. Los oka, zranionego opiłkami żelaza, jest nawet po szczęśliwem wydobyciu ciała obcego niepewny, bo jeszcze po latach może zajść potrzeba wyłuszczenia z powodu przewlekłej, bolesnej *iridocyclitis*, może też przyjść do oderwania siatkówki i zupełnej utraty wzroku tego oka, które po wydobyciu żelaza zrazu zachowało dobrą bystrość wzrokową. *K. W. Majewski.*

PEDYATRYA. Neumann. **Gnilec niemowlęcy w Berlinie.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1905, Nr. 1). Chorobę Barlowa ostatnimi czasy ogólnie uważa się za gnilec niemowlęcy, gdyż powstanie jej ściśle jest związane z karmieniem mlekiem wyjałowionem, a wyleczenie da się z zupełną pewnością osiągnąć przez zastosowanie mleka surowego, soków owocowych świeżych, papki ziemniaczanej itd. Neumann występuje z twierdzeniem, że nietylko mleko, wyjaławiane długo przy wysokiej ciepłocie, jest niebezpiecznem, ale, zależnie od osobniczego usposobienia dziecka, może także do gnilca doprowadzić wyłączne karmienie kilkomiesięczne mlekiem, *a*) jeżeli zostało poddane ogrzaniu do niezbyt wysokich stopni (pasteuryzowanie) przez dłuższy czas (70° przez $1/2$ godziny, 60—65° przez $1\,1/2$ godziny), lub *b*) wysokiemu ogrzaniu przez krótki czas, wreszcie *c*) ogrzewane było kilkakrotnie, choćby niezbyt długo i silnie. Ostatnia okoliczność dała się stwierdzić w nowszych czasach, przeważnie i przy gnilcu niemowlęcym w Berlinie. Chodziło mianowicie o karmienie mlekiem pasteuryzowanem w mleczarni, a gotowanem następnie w domu. Autor żąda, aby mleko pasteuryzowane było jako takie sprzedawane i żeby publiczność była odpowiednio ostrzeżona. U dzieci odporniejszych mleko tak zmienione wywołuje niedokrwność i wstręt do pokarmu. *Lewkowicz.*

Klepetař. **Przyczynek do kazuistyki gruźlicy niemowlęcej.** (*Prager med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 1). Przypadek u dziecka $5\,1/2$ miesięcznego: gruźlica rozpadowa płuc, gruźlica wątroby, śledziony, kiszek, ucha środkowego, opon. W plwocinie wykazano prątki; badania pośmiertnego nie wykonano. Zakażającą była matka przez całowanie i kaszel. *Lewkowicz.*

Rossiwall i Schick. **O swoistej aglutynacyi paciorkowców z zapaleń płoniczych gardła i z pozaustnej zmiany pierwotnej.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1905, Nr. 1). Za zmianę pierwotną w płonicy należy uważać zapalenie gardła, bo tu zazwyczaj osiada prawdopodobnie zarazek płoniczy. W pewnych

przypadkach miejscem wniknięcia mogą być rany skórne, i w takim razie tutaj może powstać „zmiana pierwotna" („*Primäraffekt*"): zapalenie, ropień. W przypadku autorów taka zmiana wytworzyła się w ranie po cięciu Bassiniego. Z ropnia otrzymano w tym przypadku w czystej hodowli paciorkowca, którego surowica Moserowska aglutynowała w bardzo wysokim stopniu (1: 1000). Z gardła w płonicy, jak to autorowie udowadniają jedenastu przypadkami, dają się wyhodować także pnie, silnie aglutynowane przez surowicę Moserowską, pomieszane są one jednak tutaj z innymi, nie okazującymi tej właściwości. Autorzy zużytkowują swe wyniki dla poparcia zapatrywania, ze płonicę należałoby uważać za swoiste zakażenie paciorkowcowe. *Lewkowicz.*

Bertzke. **O badaniach u dzieci ze względu na Behringowską teoryę zakażenia gruźliczego.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1905, Nr. 2). Według teoryi Behringa głównem źródłem zakażenia gruźliczego jest mleko używane do karmienia, a zakażenie następuje przeważnie w wieku niemowlęcym. Zakażenie to długo pozostaje utajonem, lub ujawnia się jako skaza zołzowa; dopiero w wieku dorastania, lub dojrzałości, po powtórnem zakażeniu gruźliczem na jego tle rozwija się typowa gruźlica płuc. Autor postanowił sprawdzić, czy u dzieci to zakażenie gruźlicą bez wywoływania zmian widoczniejszych rzeczywiście się odbywa. W tym celu poddał badaniu krew z komory prawej serca 47 dzieci, u których badanie pośmiertne zmian gruźliczych nie wykazało. Krew płynną zastrzykiwano świnkom, skrzep badano inoskopią Jousseta (rozpuszczenie skrzepu drogą sztucznego trawienia, centryfugowanie, badanie osadu na prątki gruźlicze). W żadnym przypadku nie stwierdzono prątków gruźliczych. Przeciwnie na 6 przypadków gruźlicy prosówkowej, lub rozległej gruźlicy płucnej i kiszkowej, podobnie wykonane badanie dało przy doświadczeniu na zwierzęciu 3 razy, przy inoskopii raz, wynik dodatni. Wyniki więc co najmniej nie potwierdzają zapatrywań Behringa. *Lewkowicz.*

Czerno-Schwarz i Lunz. **Etyologia i patogeneza pląsawicy.** (*Jahrbuch für Kinderh.*, 1904, XI). Na podstawie 124 historyi chorób, odnoszących się do 96 dzieci w wieku od 3—14 roku życia, usiłują autorowie wyciągnąć wnioski co do przyczyny powstawania pląsawicy. Badali w tym celu dziedzicznie obciążone dzieci, rozmaite sprawy chorobowe, poprzedzające w badanych przez nich przypadkach pląsawicę, dalej stan odżywienia chorych, i wreszcie bezpośrednie przyczyny i okoliczności, wśród których każde z dzieci dostawało pierwszego napadu. Co do pierwszego czynnika (dziedziczenie), to stwierdzono najczęściej opilstwo przewlekłe i gościec stawowy, w mniejszej liczbie wykazano gruźlicę, choroby nerwowe i schorzenia serca; bardzo często można było wykazać u rodziców nie jeden, ale kilka wyżej wymienionych stanów patologicznych. Co się tyczy chorób, spostrzeganych przed wystąpieniem pląsawicy, lub też przebiegających równocześnie z nią, autorowie wspominają prócz tak częstych w wieku dziecięcym spraw osutkowych, jeszcze przypadłości gośćcowe i sercowe, a mianowicie z 96 dzieci chorowało na serce 48, na serce i sprawy gośćcowe 29; co do tej ostatniej liczby C. i L. się zastrzegają, iż prawdopodobnie jest za nizką ze względu na to, że gościec u dzieci dla swej lekkości często bywa przeoczony. Roztrząsając dawniejsze i nowsze teorye patogenezy pląsawicy, zajmują się autorowie głównie patogenezą gośćcową i zakaźną. Według pierwszej, którą wyznają Sée, Roger, J. Simon i Cadet de Gassicourt, pląsawica stanowi tak samo, jak schorzenia stawów i wsierdzia, tylko objaw wrodzonej skazy gośćcowej. Leube zaś, a z nim Nauwerck, Frankl-Hochwart, Preobrażenski, Bechterew i inni przypuszczają, iż te 3 patologiczne stany mają swe źródło w pewnym wspólnym pierwiastku zakaźnym, za czem przemawiają: 1) okresowy przebieg całej choroby; 2) przypadki z zejściem śmiertelnem, dowodzące ciężkiego zakażenia, jakie miało miejsce w podobnych razach; 3) nawroty u 35 chorych i to nawet kilkakrotne, co właśnie wydarza się tylko w chorobach zakaźnych; 4) niczem nie uzasadnione podniesienie się ciepłoty ciała (37·5—38° C.); 5) okoliczność, iż w większości przypadków początek ich przypada na porę zimową, kiedy inne choroby zakaźne się szerzą. Autorowie sami przyjmują wprawdzie za podstawę choroby teoryę gośćcową, przyznają jednak, iż wszystkie 3 stany, powyżej wyłuszczone, stanowią całość, powstałą wskutek jakiegoś jadu, bliżej nie określonego, że nie zawsze pojawiają się wszystkie trzy choroby u tego samego osobnika i że nieraz jedna zastępuje miejsce brakujących, stanowiąc rodzaj równoważnika. *Dr. Korm.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Schüller. **O istnieniu pasorzytów z grupy „protozoa" w ogniskach chorobowych kiły dziedzicznej u dzieci.** (*Dermat. Zeitschrift* XII, 1905, Z. 1). Autor zajmuje się tym przedmiotem już od lat kilku. W roku 1899 opisał pierwszy raz „protozoa" w przewodach górnych warstw pierwotnego nacieku kiłowego; w r. 1900 w zmianach kiły dziedzicznej. W niniejszej pracy ogłasza S. wyniki badań u 62 dzieci (w wieku od kilku dni do 6 lat), dotkniętych kiłą dziedziczną. Badania te przedsiębrał autor przeważnie na materyale świeżym, uzyskanym przez nakłucie, nacięcie lub wyłyżeczkowanie zmian. Części tkanek, w ten sposób uzyskane, wysuszał na szkiełku i badał pod drobnowidem, albo wkładał do wyjałowionych słoiczków i chował w cieplarce, aby następnie po dniach, a często i tygodniach badać takie, jak je nazywa, „hodowle" na ogrzanym stoliku w kropli wiszącej. Materyał brał z ropni dzieci, dotkniętych kiłą dziedziczną, z kilaków skórnych, ze zmian w stawach i w kościach. Zawsze znajdował twory, które uważa za „protozoa", a które opisuje szczegółowo w różnych postaciach i okresach rozwoju. Podobne pasorzyty opisuje również w nerce i wątrobie królika, któremu na 9 miesięcy przed badaniem wstrzyknął w nerkę sok, wyciągnięty ze schorzałego gruczołu kiłowego dziecka. Opierając się na tych badaniach, sądzi S., że wykazanie tych pasorzytów w kile różnych narządów może mieć w przypadkach wątpliwych znaczenie rozpoznawcze, a następnie stara się dowieść, że pasorzyty te, a głównie ich małe zarodniki, są przyczyną wielkiej uporczywości kiły i znacznego rozszerzania się dziedziczności kiły, gdyż zarodniki te dla swej małości mogą się łatwo rozszerzać w ustroju a nawet wchodzić w plemniki i przenosić w ten sposób kiłę na potomstwo. (Autor zdaje się być przekonanym, że odkrył pasorzyta kiły, w co jednak uwierzyć nie łatwo, zwłaszcza, jeżeli się uwzględni sposoby badania, używane przez autora i wielkie podobieństwo tworów znalezionych do rozpadających się komórek. Potwierdzenia tej teoryi znikąd dotąd niema, to też sceptycyzm zdaje się być uzasadniony, bo mimo całej logiczności wywodów budzi się podejrzenie, że nietylko wzrok autora, ale i jego fantazya odgrywały w pracy niemałą rolę. *Przyp. refer.*). *Krzyształowicz.*

J. Baum. **Przyczynek do nauki o pokrzywce.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 1, 1905). Autor w swej pracy przedstawia doświadczenia, które wykonał w celu wywołania pokrzywki. Do doświadczeń używał etylenu glikolowego $C_2H_4(OH)_2$, który stosował na skórę po poprzedniem lekkiem usunięciu powierzchownej warstwy naskórka. W miejscu napędzlowania tym przetworem po upływie 15 minut powstawał bąbel pokrzywkowy, który po $1/2$ godzinie znikał, pozostawiał po sobie lekkie zaczerwienienie. W celu poznania sposobu powstawania bąbla pokrzywkowego użył do doświadczeń błonę międzypalcową żab zakuraryzowanych, którą, rozciągnąwszy na płytce szklanej, badał pod drobnowidem. Po zadziałaniu etylenu glikolowego mógł autor natychmiast zauważyć zmiany w krążeniu w postaci znacznego zwolnienia prądu w naczyniach włosowatych, które ulegały rozszerzeniu, przyczem zjawiał się i obrzęk. Na podstawie swych doświadczeń autor nie potwierdza teoryi Unny o przyczynie powstawania pokrzywki wskutek skurczu żylnego. *Dr. Stopczański.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. R. Burian. **Tworzenie się kwasu moczowego w ustroju ludzkim.** (*Med. Klinik*, 1905, Nr. 6). Horbaczewski wykazał, że miazga, względnie wyciągi z narządów, poddane wytrawianiu z wykluczeniem powietrza, dają zasady purynowe (hipoksantynę, ksantynę), zaś wobec tlenu lub wody utlenionej dają kwas moczowy. Dodatek zasad purynowych zwiększa ilość wyprodukowanego kwasu moczowego. Zjawisko to nie ustaje po dodaniu przetworów przeciwgnilnych, jak chloroform, toluol, fluorek sodowy, i znika natomiast po zagotowaniu. Odczyn ten zależy od obecności enzymu utleniającego: „purynoksydazy" (Schittenhelm), działającego na ksantynę i hipoksantynę. Guanina i adenina zmieniają się poprzednio działaniem enzymu desamidującego „guanaza" w ksantynę i hipoksantynę (Jones i Patridge), zaś nukleoproteidy i kwasy nukleinowe ulegają poprzednio hidrolitycznemu rozkładowi pod wpływem „nukleazy" (Schittenhelm). Dotychczas znaleziono wyliczone enzymy w wątrobie, śledzionie, płucach i mięśniach. Aby wykluczyć samowytrawianie narządów, przygotowywał autor wyciągi z wątroby wołowej w ciepłocie bliskiej zera. Wyciągi te tworzyły kwas moczowy dopiero po dodaniu zasad purynowych; same przez się zaś prawie go nie produkowały. W ten sposób dokonane utlenienie ciał ksantynowych na kwas moczowy daje się śledzić w swoim przebiegu, a szereg doświadczeń udowodnił, że oddziaływanie to przebiega ilościowo. Zasady purynowe, tak samo nukleoproteidy i zawierające je narządy zwierzęce, jak wątroba, mięśnie itd., podane jako pokarm, zwiększają ilość wydzielanego kwasu moczowego i to proporcyonalnie do podanej ilości; w pomiarach trzeba naturalnie uwzględnić fakt, że kwas moczowy u zwierząt i ludzi ulega częściowemu zniszczeniu w ustroju, mimo tego, uwzględniając proporcyę przybytku kwasu moczowego do podanych zasad purynowych, należy przypuścić, że cała ilość wessanych ciał ksantynowych utlenia się na kwas moczowy, który w części zostaje zniszczonym w ustroju, w części zaś wydalonym. Przy-

puszczenie Kossla i Steudela, tak samo Wienera, jakoby kwas moczowy tworzył się w ustroju syntetycznie z kwasu tartronowego lub dialurowego i mocznika, okazało się nieprawdziwem. Podawanie tych kwasów zwierzętom nie powodowało zwiększenia wydzielanej ilości kwasu moczowego; tak samo wyciąg z zamrożonej wątroby nie produkuje kwasu moczowego po dodaniu kwasu tartronowego lub dialurowego, natomiast obecność tychże kwasów przyśpiesza utlenienie dodanych zasad purynowych na kwas moczowy, i to jest właściwy powód wyników, do jakich doszedł Wiener, mając do czynienia z wyciągami, robionymi w zwykłej ciepłocie, a zatem nie wolnymi od ciał purynowych. U człowieka, pozostającego na dyecie wolnej od nuklein (mleko, ser, jaja, biały chleb, cukier, owoce, zielone jarzyny), ilość wydzielanego na dobę kwasu moczowego zmniejszy się do pewnej granicy, różnej u różnych osobników, stałej natomiast u tego samego osobnika bez względu na to, ile podamy w pożywieniu azotu i kaloryi. Ten kwas moczowy nazywa autor „endogenicznym", pochodzący zaś od spożytych nuklein „egzogenicznym". Człowiek dorosły wydziela w 24 godzinach zależnie od indywidualności 0.3—0,6 „endogenicznego" kwasu moczowego, i ta ilość jest stałą dla każdego osobnika; nadmiar egzogeniczny, pochodzący z pożywienia, jest zmiennym i proporcyonalnym do ilości przyswojonych ciał ksantynowych. Horbaczewski przypuszcza źródło „endogenicznego" kwasu moczowego w rozpadzie jąder komórkowych, a w szczególności leukocytów. Przypuszczenie to jest o tyle nieprawdopodobnem, że na wyprodukowanie 0,3—0,6 kwasu moczowego trzebaby niemożliwie wielkiej ilości leukocytów, gdy tymczasem mamy znacznie obfitsze źródło w hipoksantynie, zawartej w stosunkowo dużych ilościach w mięśniach. Doświadczenia wykazały, że praca lub spokój mięśnia nie wpływa na 24-godzinną ilość wydzielonego kwasu moczowego, zmienia natomiast wartości jednogodzinne. Po 15-godzinnym poście ilość wydzielanego kwasu moczowego staje się prawie stałą. W ciągu jednogodzinnej pracy mięśniowej ilość ta wzrasta, później jednak maleje tak, że po czterogodzinnym wypoczynku spada poniżej normy. W ciągu 24 godzin różnice te naturalnie się wyrównują. Jeżeli przez mięśnie psa przeprowadzać będziemy sztucznie rozcieńczoną krew, wtedy ta wzbogaci się w kwas moczowy, nie będzie jednakże zawierać hipoksantyny, mięsień zaś tetanizowany oddaje krwi więcej puryn i to przeważnie w postaci hipoksantyny; wzmożenie to trwa jakiś czas po skurczach, ale już w postaci kwasu moczowego. Ilośc hipoksantyny w samym mięśniu zwiększa się wskutek tetanizowania. Mięśnie zawierają wyżej wspomnianą purynoksydazę, która wystarcza do utlenienia hipoksantyny na kwas moczowy w czasie spoczynku, nie wystarcza natomiast w czasie pracy tak, że hipoksantyna przechodzi do krwi i dopiero w innych narządach zostaje utlenioną na kwas moczowy. *Seńkowski.*

J. Strasburger. **Sposób jakościowego wykazania cukru w moczu.** (*Medizinische Klinik*, 1905, Nr. 6). Autor poleca rozczyn, podany przez Hainesa, mianowicie: 2,0 siarkanu miedziowego, 15 ctm. sześc. wody, 15 ctm. sz. czystej gliceryny, 150 ctm. sz. 5% ługu potasowego. Odczynnik ten ma tę zaletę, że daje się w jednym płynie dłuższy czas przechowywać. *Seńkowski.*

Gradwohl. **Znaczenie bakteryologiczne badania zwłok.** (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, Nr. 12, 1904). Bakteryologicznemu badaniu krwi i tkanek trupów odmówiono wszelkiego znaczenia od czasu mianowicie, gdy liczny szereg badaczów wykazał, iż mikroby w czasie konania po śmierci rychło wędrują z miejsc, w których się za życia znajdowały, do sąsiednich tkanek. Niedawno jednak Simmonds wystąpił w „Archiwum Virchowa" z rozprawą, w której udowadniał, że można otrzymać ważne wyniki, badając systematycznie krew zwłok. Na poparcie swego twierdzenia przytoczył Simmonds wyniki badań krwi, pochodzącej z 1200 zwłok. Pracę Simmondsa spotkała wkrótce surowa krytyka, wykazująca zasadniczy błąd w badaniach rzeczonego autora, który do bakteryologicznego badania posługiwał się krwią z serca, zamiast z żył obwodowych. Do serca bowiem łatwo mogą się dostać mikroby z narządów sąsiednich, a osobliwie z płuc podczas konania, lub po śmierci. Badania bakteryologiczne zwłok ludzkich, wykonane w europejskich pracowniach, tracą znacznie na wartości z tego powodu, iż prawa wielu państw europejskich pozwalają rozbierać zwłoki dopiero po upływie pewnego czasu od chwili śmierci. Badania przeto Gradwohla zasługują na uwagę z tego przedewszystkiem względu, iż były wykonywano rychło po śmierci, bo zazwyczaj w kilka godzin, a w niektórych razach nawet przed upływem dwóch godzin od skonu. Badania swe wykonał Gradwohl w Saint-Louis (Stany Zjednoczone P. A.) na zwłokach, przechowywanych do chwili badania w trupiarni, należycie ochładzanej. Osoby, których zwłoki badał Gradwohl, umarły na rozliczne choroby, niektóre z nich nagle wskutek ran postrzałowych. Ogółem zbadał Gradwohl 50 zwłok, biorąc do bakteryologicznego badania krew z serca, oraz krew z żyły odłokciowej (*v. basilica media*). Wynik był następujący: na 50 przypadków bakteryologicznego badania krwi, zaczerpniętej z serca, otrzymał autor wyniki dodatnie w 39 razach, a tylko w 11 przypadkach nie wyhodował żadnych mikrobów. Słowem, we krwi zwłok, badanych wkrótce po śmierci, można było stwierdzić obecność mikrobów w pokaźnej liczbie przypadków, albowiem wynoszącej 78%. Wyniki bakteryologicznego badania krwi, czerpanej z żyły odłokciowej, były wręcz inne. Ze krwi tej nie wyhodował autor mikrobów, jak tylko w trzech przypadkach, i to w przypadkach, w których już za życia stwierdzone było zakażenie ogólne. Na zasadzie tych wyników autor wysnuwa wniosek, iż bakteryologicznemu badaniu krwi, czerpanej z serca po śmierci, nie można przypisywać zbytniego znaczenia. Ze krwi, branej z serca, wyhodował autor następujące mikroby: paciorkowca, gronkowca, lasecznika siennego, laseczkę okrężnicową, pneumokoka, laseczkę ropy błękitnej, *proteus vulgaris, b. mesentericus* i *sarcina lutea*. *A. Wrzosek.*

St. Bogdan. **Kryoskopia potu ludzkiego.** (*Journal de physiologie et de pathologie générale* Nr. 6, 1904). Autor posługiwał się do badań kryoskopowych potu przyrządem pomysłu Gnyoa i swego. Przyrząd ten pozwala wykonywać obliczenia nader dokładne, przyczem do badania wystarcza nieznaczna ilość potu, mianowicie 1 ctm.³. Poty wywoływał autor łaźnią z suchego powietrza, wdychaniem powietrza wilgotnego ogrzanego, sporą ilością gorącej herbaty i podskórnem wstrzykiwaniem pilokarpiny.

Z badań autora wynika naprzód, iż punkt zamarzania potu waha się między — 0°,24 a — 0,°34, czyli, że przeciętnie znajduje się o 0°,308 poniżej zera; powtóre, iż pot, pochodzący z tego samego osobnika, nie zawsze posiada jednakowy punkt zamarzania, lecz że punkt rzeczony zmienia się z dnia na dzień; po trzecie, iż punkt zamarzania potu mężczyzn nie różni się widocznie od punktu zamarzania potu niewiast; po czwarte, iż sposób wywoływania potów nie wpływa na punkt zamarzania; wreszcie — po piąte, iż niema związku między punktem zamarzania potu, a jego chemicznym odczynem. *A. Wrzosek.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

G. Lotheisen. **Anestezyna w operacyach chirurgicznych, szczególnie przełyku.** (*Wiener klinische Rundschau* Nr. 44, 1904). Autor zaleca stosowanie chlorku anestyzyny, korzystnie zastępującego kokainę, gdyż posiada przed nią tę zaletę, iż nie jest przetworem trującym, nie rozkłada się nieograniczony czas i jest bardzo tani. Do podskórnych wstrzykiwań używać należy rozczyn półprocentowy, nie zaś ćwierćprocentowy, jak inni autorowie utrzymują. Autor nie dodaje adrenaliny, ponieważ u ludzi starszych i wyniszczonych występuje łatwo zgorzel brzegów rany. W ozofagoskopii natomiast, jakoteż badaniach, operacyach i t. d. w zakresie błony śluzowej ust i gardła pędzlowanie $^1/_2$% rozczynem anestezyny z dodatkiem 1% adrenaliny jest bardzo godne polecenia. *Baschkopf.*

Euguformum solubile. Max Joseph (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 4. 1904) poleca ten nowy przetwór, który jest połączeniem gwajakolu z formaliną; 50% rozczyn w acetonie tego leku, pod nazwą „euguformum solubile" posiadają apteki niemieckie. Joseph najchętniej zapisuje mięszankę: *Euguformum solub. 10,0, Zinc oxyd., Amyl. aa 20,0, Glycer., Aq. dest. ad 100,0;* w tym składzie znakomicie zniecźula i uśmierza w świerzbiączce, liszaju przewlekłym i świądzie rzyci. Jako 20% maść oddaje dobre usługi w modzelach (tyloma) podeszew i dłoni. Nieprzyjemnego ubocznego wpływu nie zauważono. Nie wyklucza to jednak ewentualnej idyosynkrazyi, boć skóra jest przecież narządem, w którym ujawniają się tak często idyosynkrazye przy stosowaniu leków tak wewnętrznych, jak zewnętrznych. *Baschkopf.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 30 grudnia 1904 r.

Przewodniczący: Dr. E. Wechsler.

Obecnych: 45

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Na członków czynnych Tow. lek. lwow. przyjęto: Dr. A. Blumenfelda, Dr. A. Grelińskiego, Dr. K. Soleckiego.

III. Wybrano Komisyę matkę w składzie, zaproponowanym przez Zarząd Tow. lek. lwow.

IV. Kol. Dr. T. Heryng (z Warszawy) mówił „O nowych metodach i przyrządach inhalacyjnych“ i demonstrował przyrząd własnego pomysłu. (Rzecz drukowana w Nr. 52 i 53 „Przeglądu lekarskiego“ z r. 1904).

W dyskusyi przemawiali koledzy: Prof. Gluziński, Prof. Beck, Dr. Obtułowiczz, Dr. Stachiewicz i Prof. Ziembicki. Prelegent każdemu z osobna odpowiadał.

V. Kol. J. Fels z okazyi rocznicy śmierci wielkiego Majmonidesa poświęca mu następujące wspomnienie:

W grudniu 1904 roku przypada siedmsetna rocznica śmierci arabsko-żydowskiego lekarza Majmonidesa. Mojżesz ben Majmun (z głosek początkowych nazwiska i przydomków utworzono skróconą i pospolitą jego nazwę „Rambam“) urodził się w r. 1135 w Kordowie, potem żył w mieście Fezu, skąd przeniósł się do Starego Kairu w Egipcie, gdzie był bardzo poważanym jako lekarz nadworny, działając równocześnie jako praktyk i nauczyciel medycyny. Był godnym uczniem sławnego Awerroesa i należał do najlepszych lekarzy z okresu medycyny arabskiej. Jako filozof i talmudysta był niemniej ceniony od lekarza. Zajmował się prawie każdą gałęzią wiedzy, prawem, matematyką, fizyką, chemią i t. d.

Pisma medyczne Majmonidesa świadczą o wysokim stopniu jego wiedzy, istnieją do dziś dnia w rękopisach arabskich i hebrajskich i były kilkakrotnie wydawane po łacinie i hebrajsku. Są one następujące: „Komentarz do aforyzmów Hippokratesa“, „Aforyzmy własne“ według Galenusa, podzielone na 25 ksiąg, w których często krytykuje Galenusa, a ostatnia księga objaśnia trudne miejsca tego autora. Najbardziej znane i kilkakrotnie pod różną nazwą w języku łacińskim, hebrajskim i niemieckim[1]) wydawane są jego „Listy dyetetyczne“, pisane dla syna Saladyna, cierpiącego na zaburzenia trawienne, zaparcie żywota i zadumę. W czterech księgach traktuje to pismo o sposobie życia zdrowych i chorych wogóle, następnie o trybie życia władców w szczególności i w końcu zawiera ogólne przepisy higieniczne. Prócz tego napisał Majmonides wyciąg z dzieł Galenusa (O tętnie) i kilka pism mniejszych: O dusznicy, O krwawnicach, O spółkowaniu i Toksykologię[2]).

Wśród ludu żydowskiego krąży cały szereg mytów i podań o życiu Majmonidesa[3]). I tak do 13 roku życia nie umiał on czytać i pisać; nauczycielem jego był sam prorok Eliasz. Rabini o nim powiadają, że od Mojżesza (prawodawcy) do Mojżesza (Majmuni) nie był żaden, jak Mojżesz. Tak samo jego działalność lekarska otoczona jest różnemi legendami. U chorego, cierpiącego na silne zawroty i kołowaciznę rozpoznał robaka w mózgu i wykonał trepanacyę. By jednak potem nie uszkodzić istoty mózgowej narzędziami, zbliżył do otworu w czaszce liść, na który robak wypełznął. Posiadał on też tajemnicę o soku wskrzeszającym, mocą którego mógł człowieka rozkrojonego całkiem wskrzesić, co można tem tłómaczyć, że był także dobrym operatorem.

Większa część pism Majmonidesa, szczególnie jego aforyzmy i toksykologia i t. d. miały znaczenie autorskie u lekarzy wieków średnich, którzy je też często przytaczają. Wiele przepisów higienicznych i dyetetycznych zawierają też pisma teologiczne ben Majmuna, n. p. jego komentarz do talmudu[4]). Majmonides umarł w grudniu 1204 roku, dlatego obecnie obchodzą uroczyście 700-ną rocznicę jego śmierci i kol. Fels uprasza zebranych, by przez powstanie uczcili również jego pamięć. (*Streszczenie własne*). *Dr. Herman*, sekretarz.

[1]) Po niemiecku przez Winternitza: Wiedeń 1843; po hebrajsku: Praga 1838.

[2]) Ogłoszona po niemiecku przez Steinschneidra w „Virchows Archiv“ 1873, po francusku przez J. M. Rabinowicza, Paryż 1867.

[3]) Sippurim, Sammlung jüdischer Volkssagen, Erzählungen, Mythen etc. Praga, wyczerpane.

[4]) Neubauer i Pagel: Handbuch der Geschichte der Medicin, 4 Lieferung, Jena 1902. Münch. med. Wochenschrift 1904. Nr. 46.

VIII. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Zarys dziejowy

przez

Prof. Dra L. Wachholza.

„...Słońce prawdy wschodu nie zna i zachodu.“
(A. Mickiewicz).

(Dokończenie.)

Blumenstok uzyskał pierwszy od władz stałego współpracownika, zrazu w charakterze demonstratora z płacą 300 złr. rocznie, a to od r. 1882, potem asystenta z płacą 600 złr. od r. 1888. Pierwszym demonstratorem mianował Wydział lekarski Franciszka Sobolewskiego, który obowiązki swe pełnił od kwietnia do 30 września 1882 r. Jego następcą był Dr. Ignacy Schaitter, mianowany demonstratorem od 1 paźdz. 1882 na dwa lata; następnie w r. 1884 na rok, w r. 1885 na dalsze dwa lata, wreszcie w r. 1887 asystentem na dwa lata, tj. od 1 stycznia 1888 do 31 grudnia 1889, i na rok 1890. Razem zatem spędził przy katedrze medycyny sądowej i rządowej 8 lat, z tych 5 jako demonstrator, a 3 jako asystent. Zyskawszy sobie przez swą gorliwość w pełnieniu obowiązków i swe uzdolnienie zupełne zaufanie prof. Blumenstoka, pracuje pod jego kierunkiem, kształcąc się na nieznanego jeszcze dotąd u nas zawodowego, a nie przygodnego, znawcę lekarskiego. W r. 1885 otrzymuje stypendyum z fundacyi śp. Szklarskiego i wyjeżdża celem pogłębienia swych studyów zawodowych do Wiednia, Gracu, Monachium i Berlina, skąd zasila „Przegląd lekarski“ zapiskami przypadków sądowo-lekarskich, spostrzeganych w zakładach zagranicznych. Na studyach tych bawi od 1 kwietnia do 31 lipca 1885, a przez ten czas zastępuje go w obowiązkach demonstratora Dr. Walery Momidłowski, który w tym krótkim czasie ogłosił drukiem z zakładu pracę kazuistyczną „Otrucie kwasem sinowodowym“ (Przegl. lek., 1885). Pod egidą Blumenstoka, cieszącego się niebywałą dotąd wziętością u sędziów, wchodzi Dr. Schaitter w praktykę sądowo-lekarską, zdobywając sobie rychło uznanie znawcy uzdolnionego i doświadczonego. Nawał praktycznego zajęcia w sądzie daje mu możność ogłaszania prac z zakresu medycyny sądowej. Ogłosił ich drukiem od r. 1882 do 1890 trzynaście, prócz krótkich, a już poprzednio wspomnianych zapisków. Z tych 13 prac, ogłoszonych w „Przeglądzie lekarskim“ i „Medycynie“, osiem stanowi przyczynki do kazuistyki sądowolekarskiej, pięć pozostałych są bądź ogólnej treści sądowolekarskiej, bądź też dotyczą samodzielnych badań autora (mianowicie: „O badaniu plam nasiennych“ Przegl. lekar. 1883, „Zmiany w przypadku powieszenia“ tamże, 1883; „Przyczynki do dyagnostyki zaczadzenia“ tamże, 1885). Praca treści ogólnej „W sprawie wymiaru należytości za czynności sądowolekarskie“ (Przegl. lek., 1887) omawia projekt nowej taryfy i podnosi z uznaniem myśl w nim wyrażoną utworzenia stałych posad znawców lekarskich; wyraża jednak usprawiedliwioną dotychczasowym niezmienionym stanem rzeczy obawę, że myśl ta i „tym razem pozostanie *pium desiderium*“. Dr. Schaitter, mianowany w r. 1890 lekarzem miejskim w Krakowie, ustępuje z posady asystenta dnia 31 grudnia 1890. Następcą jego mianuje Wydział lekarski Dr. Leona Wachholza od 1 stycznia 1891 na dwa lata; w r. 1892 na dalsze dwa lata, t. j. do do 31 grudnia 1894. W r. 1892 wyjeżdża on 1 marca do 1 czerwca do Wiednia i pracuje tam w zakładzie med. sąd. prof. Hofmanna; w r. 1893 uzyskuje urlop od c. k. Min. Oświaty na letnie półrocze i stypendyum naukowe, dzięki czemu pracuje od 1 maja ponownie w zakładzie prof. Hofmanna i w klinice psychiatrycznej prof. Krafft-Ebinga w Wiedniu[2]). W ciągu swej asystentury pracuje w zakła-

[2]) W tym czasie pełni obowiązki zastępcy asystenta Dr. W. Schumann.

dach medycyny sądowej, anatomii patologicznej, chemii (prof. Dr. Olszewski), fizyologii, a nadto w szpitalu św. Łazarza na oddziele chirurgicznym (prof. Dr. Obaliński), wewnętrznym (prof. Dr. Pareński) i dla obłąkanych (prof. Dr. Żuławski), wreszcie w klinice chorób dzieci (prof. Dr. Jakubowski). W ciągu tego czasu ogłasza drukiem w języku polskim (w Przeglądzie lek., w Rozprawach z zakresu prakt. med. i w Pamiętniku na otwarcie nowego pawilonu chirurg. w szpitalu św. Łazarza) 14 prac, z tych 8 doświadczalnych (między innemi: o połączeniach sinu z barwikiem krwi, o zmianach w narządzie oddechowym po otruciu kwasem karbolowym, o znaczeniu obecności gonokoków w starych plamach [wspólnie z Dr. J. Nowakiem], o nagłej śmierci u oseskόw; zmiany włosów pod wpływem środków żrących i t. d. [wspólnie z Dr. W. Tyszkiewiczem] i t. d.), 5 kazuistycznych i ogólnych i jedną chirurgicznej treści.

Nadto ogłasza dziewięć prac doświadczalnych w języku niemieckim, z tych dwie, nieogłoszone poprzednio w języku polskim (w „Zeitschrift für Medicinalbeamte“, w „Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin“, w „Friedreichs Blätter für ger. Med.“ i w „Deutsche medicinische Wochenschrift“). Powyższe prace obok licznych sprawozdań i ocen z literatury sądowolekarskiej i ogólnej lekarskiej, zamieszczanych w „Przeglądzie lek.“, nadto stanowisko jego jako znawcy sądowego (od 1 sierpnia 1891) umożliwiły mu w roku 1894 uzyskanie *veniae docendi* z medycyny sądowej po przedłożeniu pracy anatomiczno-sądowolekarskiej „O oznaczeniu wieku na zwłokach na podstawie kostnienia główki kości ramieniowej“ (Rozprawy Akad. Umiejętn. 1894) i po wygłoszeniu wykładu próbnego na temat „O obłąkaniu moralnem ze stanowiska antropologii kryminalnej“ (Przegl. lek., 1894). W tymże czasie przedstawił go Wydział lekarski w Insbrucku wspólnie z Dr. Haberda z Wiednia i Dr. Ipsenem z Gracu jako kandydata na opróżnioną tamże katedrę. Z dniem 1 października 1894 objął jako docent zastępca profesora wykłady medycyny sądowej w Wydziale prawniczym Wszechnicy lwowskiej. Następcą jego został Dr. Edward Piotrowski, były asystent zakładu anatomii patologicznej, mianowany asystentem zakładu sądowolekarskiego od 1 paźdz. 1894 na dwa lata. Ogłosił drukiem z zakładu w ciągu roku 1894 i 1895 trzy prace, czwartą niemiecką z zakładu wiedeńskiego, dokąd podążył, otrzymawszy stypendyum z fundacyi śp. Szklarskiego.

W tych wyżej omówionych warunkach niemniej znakomitą była działalność naukowa Blumenstoka. Ona to podyktowała śp. prof. Hofmannowi z Wiednia zdanie o nim, napisane po jego śmierci: „imię jego będzie stale błyszczeć między imionami najcelniejszych autorów medycyny sądowej“. Należał też on bezprzecznie do grona tych, którzy swem doświadczeniem, wiedzą i spostrzeżeniami w praktyce zdobytemi dali podwalinę dzisiejszej medycynie sądowej.

W publikacyach swych okazał się wszechstronnym; dotyczą one bowiem historyi medycyny (10 prac), medycyny publicznej (10 prac), okulistyki (7 prac), medycyny i psychopatologii sądowej (63 prac i wielka liczba pomniejszych zestawień, ocen i t. d.).

Prace historyczne w liczbie dziesięciu, z których jedna („W 200-letnią rocznicę próby płucnej“, Przegl. lek. 1883) ogłoszoną była także w niemieckim języku (Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1883); inna zaś, nader cenna monografia „Fortunato Fedeli, pierwszy autor sądowolekarski“ (Kraków 1873, str. 98), przetłómaczona następnie przez Doc. Dr. Bělohradskyego na język czeski, nakazują podziwiać znajomość gruntowną klasycznych języków, ścisłość historyczną, zmysł krytyczny, a nadto ujmująco piękną formę przedstawienia rzeczy. Praca o Fedelim dobyła tego nader cennego autora pierwszego podręcznika medycyny sądowej z pyłu zapomnienia.

Prace z medycyny publicznej, z tych jedna w niemieckim języku, dotyczą ogólnych spraw lekarskich i sanitarnych. Większa ich część odnosi się do sprawy tak dotychczas jeszcze piekącej, t. j. krajowej opieki nad obłąkanymi, zakładu w Kulparkowie, umieszczenia obłąkanych przestępców i t. d. Sprawą opieki nad obłąkanymi w kraju zajmował się Blumenstock nader gorąco i z tego powodu zasiadał od roku 1890 w gronie członków ankiety odnośnej, zwołanej z woli Sejmu, której zadaniem było także wykonywanie nadzoru nad krajowymi zakładami dla obłąkanych.

Prac z medycyny sądowej ogłosił 63, z tych 40 w polskim języku (w tygodnikach lekar. przeważnie w „Przegl. lek.“), 7 w polskim i niemieckim języku, 16 wyłącznie po niemiecku. Nadto zamieścił jako współpracownik dzieła Eulenburga „Realencyklopaedie der gesammten Heilkunde“ 31 artykułów, wyczerpujących ważniejsze praktyczne zagadnienia sądowolekarskie. Z 63 prac tych 8 dotyczy (tylko 3 z nich ogłosił po niemiecku) kwestyi z zakresu prawa karnego i ustawy o postępowaniu karnem w odniesieniu do zagadnień lekarskich. Z tych najcenniejszą jest praca: „Gerichtsärztliche Bemerkungen über den Entwurf des neuen Strafgesetzes“ (Wien. med. Presse. 1875, str. 65). Z pozostałych 55 prac przypada 48 na przyczynki kazuistyczne, omawiające bądź przypadki przez siebie spostrzegane, bądź też rozgłośne przypadki obce z współczesnej literatury sądowolekarskiej. Własna jego „Kazuistyka sądowolekarska“ (Część I. Kraków, 1882) obejmuje 9 przypadków, między nimi głośne morderstwa, spełnione w Krakowie na osobie śp. prof. Zejsznera i śp. Klockowej przy ul. Floryańskiej. Cennym zbiorem kazuistycznym są „Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału lek. Uniw. Jag.“ (Kraków, 1885, str. 232), serya I. wydana oddzielnie jako zbiorowa odbitka z „Przeglądu lekar.“, serya II. zaś, nie zebrana w oddzielną odbitkę. Orzeczenia te dotyczą najważniejszych a zarazem najzawilszych przypadków, jakie przez władze sądowe całej Galicyi były powierzane Wydziałowi lekarskiemu do oceny. Orzeczenia te mieszczą zawsze epikryzy, opracowane przez Blumenstoka, jako referenta orzeczeń sądowolekarskich w Wydziale lekar., a w epikryzach tych zawarte są cenne uwagi ogólne, oparte na podstawie najświeższych zdobyczy naukowych. Siedem prac zestawia wyniki własnych, po części doświadczalnych badań i dochodzeń nad zaczadzeniem (Przegl. lek., 1872), nad śmiercią z gazu kloacznego (tamże, 1873 i w „Vierteljschr. f. g. M.“ 1873), nad próbą uszną Wredena i Wendta (tamże, 1875 i w „Wien. med. Woch.“, 1875), nad zwęgleniem ciała (tamże, 1877 i w „Wien. med. Woch.“, 1876), nad próbami życia (tamże, 1877), wreszcie nad śmiercią ze zmarznięcia. Ta ostatnia praca („Tod durch Erfrieren“) wchodzi z dwiema innemi (bardzo cenną „Lehre von den Verletzungen in gerichtsärztlicher Beziehung“ i ważną „Mord, Selbstmord und Zufall“) w skład I tomu największego zbiorowego dzieła, wydanego w roku 1881 przez Maschkę („Handbuch der ger. Medic.“ Tübingen, 4 tomy). W pracy tej twierdzi Blumenstok, że żywoczerwone zabarwienie krwi osób zmarłych wskutek zmarznięcia jest wynikiem bezpośredniego, swoistego działania niskiej ciepłoty na hemoglobinę.

W liczbie omówionych pokrótce publikacyi mieszczą się także drukiem ogłoszone wykłady popularne, n. p. „O śmierci pozornej“ (Czas, 1884) i dla szerokich kół inteligencyi przeznaczone „Szkice psychiatryczne“ (Przegląd polski, 1891). Publikacye te uwidaczniają w całej pełni wielkie zdolności przedstawiania rzeczy naukowych w sposób przystępny, a barwnością swą pociągający każdego wykształconego człowieka.

Nieocenioną zasługę Blumenstoka stanowi objęcie przezeń w roku 1877 naczelnej redakcyi „Przeglądu lekarskiego“ tem bardziej, że zniewoliło go do zerwania nawiązanej z niemiecką firmą nakładczą umowy napisania niemieckiego podręcznika medycyny sądowej, któryby go był doprowadził do objęcia katedry w uniwersytecie wiedeńskim.

Jeżeli w owym czasie był ktokolwiek uzdolnionym do kierowania wydawnictwem pierwszego naszego pisma lekarskiego, to był nim dzięki rozległej wiedzy, bystrości umysłu i wykwintnemu stylowi Blumenstok. Pod jego redakcyą (od r. 1877—1892) stał się „Przegląd lekarski“ pod każdym względem pierwszem polskiem czasopismem lekarskiem, które zjednało sobie rozgłos i uznanie także u obcych, a to przeważnie dzięki popularności naukowej jego nazwiska i rozległym jego osobistym, bądź też literackim stosunkom z uczonymi kraju i zagranicy. Blumenstok był zarazem przewidującym i zapobiegliwym na przyszłość redaktorem i dlatego wiedząc, że bytu pisma nie zapewni, jeżeli się ograniczy tylko na współpracownictwie wybitnych uczonych, umiał młodych do pracy literackiej zachęcać i w początkach tych być im pomocnym i wyrozumiałym, a przedewszystkiem dbałym o poprawne wyrażanie się w ojczystym języku przewodnikiem.

Rozległa jego zawodowa wiedza i doświadczenie, bystrość umysłu, obok zdolności jasnego i przystępnego dla wszystkich omawiania zagadnień sądowolekarskich, uczyniły zeń znawcę sądowego, którego zdanie było w sądzie uważanem za wyrocznię.

W r. 1891 zaniemógł, a objawy tej zrazu małoznacznej niemocy zwolna lecz stale się potęgując, zniewoliły go w r. 1892 do złożenia kierownictwa redakcyi „Przeglądu lekarskiego“, w r. 1894 usunięcia się od czynności znawcy sądowego, wreszcie w styczniu r. 1895 do wniesienia podania o uwolnienie go na rok od obowiązków nauczycielskich. W sierpniu 1896 r. przeszedł z tego samego powodu w stały stan spoczynku, podniesiony przy tej sposobności za swe naukowe zasługi do stanu szlacheckiego. Choć ciężko chory, pamiętał jeszcze o zakładzie medycyny sądowej i ofiarował mu swój cenny zawodowy księgozbiór, zawierający 390 dzieł i poszytów w blizko podwójnej liczbie tomów, objęty w myśl uchwały Wydziału lek. osobnym działem inwentarza z napisem „Dzieła z daru śp. prof. Halbana (Blumenstoka).“ Choroba nie pozwoliła mu odwiedzić zakładu, pomieszczonego od r. 1895/6 w nowo wzniesionym gmachu „Collegii medici“. Dnia 28 lutego 1897 r. zmarł w 69 roku życia.

Blumenstok był dwukrotnie, t. j. w roku 1885/6 i 1892/3 obrany dziekanem Wydziału lek., był członkiem nadzwyczajnym Akademii Umiejętności, członkiem honorowym i prezesem Towarzystwa lek. krakowskiego, członkiem honorowym Tow. lek. bukowińskich, członkiem Tow. lekarzy polskich w Paryżu, wreszcie przez szereg lat radcą miejskim. Był odznaczony orderem żelaznej korony III klasy.

Na letnie półrocze 1895 roku powierzył Wydział lek. zastępcze kierownictwo zakładem medycyny sądowej i ćwiczeniami w sekcyach sądowolekarskich dyrektorowi szpitala św. Łazarza tytularnemu prof. Dr. Stanisławowi Ponikle; zaś w następnym roku szkolnym powierzył kierownictwo zakładu i wykłady Doc. Dr. L. Wachholzowi, powołanemu w tym celu w charakterze zastępcy profesora z Wydziału prawniczego Wszechnicy lwowskiej. Również i Wydział prawa Uniw. Jag. powierzył mu wykłady z medycyny sądowej dla swoich uczniów. Rok szkolny 1895/6 był w dziejach katedry medycyny sądowej Uniw. Jagiel. przełomowym, albowiem z początkiem tegoż roku (październik 1895) przenosi się zakład do nowo zbudowanego „Collegium medicum“, gdzie znalazłszy stałe, a z czasem i całkiem odpowiednie pomieszczenie w umyślnie dla celów naukowych zbudowanym budynku, uzyskał możność należytego rozwoju.

Źródła. 1) Majer: Stan Wydziału lekar. w Uniw. Jag. od jego początku i t. d. Rocznik Towarz. nauk. Tom V. Kraków 1851. Str. 601—619. — 2) Majer: Wspomnienie o życiu i zasługach nauczycielskich W. J. Boduszyńskiego. Roczn. Wydz. lek. 1843. T. VI. Str. 111. — 3) Skobel: Wiadomość o stanie Wydz. lek. w szkole głów. krak. za rządu Austr. Rocznik Wydz. lek. w Uniw. J. Kraków 1842. T. V. Str. 139—187. — 4) Skobel: Wiadomość o stanie Wydz. lek. i t. d. od r. 1809—1817. Rocznik Wydz. lek. 1843. T. VI. — 5) Skobel: Wiadomości o życiu Fryderyka Hechla. Odbitka (Muzeum hist. Wydz. lek. U. J.) — 6) M. J. Brodowicz: Ważniejsze dokumenty odnoszące się do swojego udziału w sprawach i losach zakładów naukowych b. Woln. M. Krakowa i jego okręgu. Kraków 1874. — 7) M. J. Brodowicz: Żywot J. Badurskiego. Rocznik Wydziału lek. Kraków 1839. T. II. Str. 83—152. — 8) Czynności Wydz. lek. w Uniw. Jag. Rocznik Wydz. lek. T. 1—8. — 9) Gąsiorowski: Zbiór wiadomości do historyi sztuki lek. w Polsce. — 10) Estreicher: Bibliografia. — 11) Wurzbach: Biographisches Lexikon. Wien 1874. — 12) Schematismus des Königreichs Galizien. Lemberg 1815—1841. — 13) F. Kojsiewicz: Krótki rys żywota S. Girtlera i t. d. Manuskrypt Archiwum Uniw. Jagiel. — 14) Życiorysy (własnoręcznie spisane): Boduszyńskiego, Woźniakowskiego, Hechella i Krydy. Archiwum U. J. — 15) Akta tyczące się katedry medycyny sądowej w Archiwum Uniw. J., w dziekanacie Wydz. lek. i zakładzie sąd. lek. — Protokoły rekwizycyi i rezolucyi rządowych do Szkoły głównej krak. od 12 marca 1804 w Arch. U. J. — 16) Rękopisy Hechella w Bibliotece Uniw. Jag.

* * *

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 1 lutego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Żeleński wygłosił 2 odczyty: „O stosowaniu pasteuryzacyi mleka w użytku domowym“ i „O sztucznem i mieszanem żywieniu niemowląt a instytucyi „Kropli mleka“.

* Dr. Leon Popielski, nowomianowany profesor farmakologii w Uniwersytecie lwowskim, odbył dnia 30 z. m. wykład wstępny p. t. „Fizyka i chemia w biologii“.

* Redagowanie „Sprawozdań z piśmiennictwa lekar. polskiego do roczników Virchowa i Hirscha“ przejęło od Towarzystwa lekar. krakowskiego Towarzystwo lekar. lwowskie. Na czele Komitetu sprawozdawczego stanął profesor fizyologii Dr. Beck.

* Do zarządu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego na rok 1905 wybrani zostali: prezesem Dr. Emil Wechsler, wiceprezesem Dr. Jakób Mahl, sekretarzem Dr. Aleksander Zawadzki.

* Dr. Jan Regiec objął posadę lekarza zakładu „Therapia“ w Cirkwenicy.

* Od Nowego Roku począł wychodzić w Warszawie miesięcznik p. t. „Nowe leki“. Redaktorem i wydawcą jest p. Fr. Karpiński.

* Staraniem wydawnictwa „Nowin lekarskich“ ukaże się za kilka tygodni 2-tomowe dzieło p. t. „Teorya jestestw organicznych Jędrzeja Śniadeckiego“ z życiorysem autora i oceną tego dzieła. Dwa tomy kosztować mają tylko 3 marki.

* Na Górnym Szlązku wybuchło nagminne zapalenie błon mózgowo-rdzeniowych. Zmarło do tej pory 6 osób dorosłych i 24 dzieci.

* Namiestnik Galicyi przeniósł lekarza powiatowego Dr. Cyryla Dolnickiego z Zaleszczyk do Stryja; asystenta sanitarnego Dr. Maryana Udzielę z Przemyśla do Zaleszczyk.

* Wydział tarnowskiej Kasy chorych mianował dnia 25 z. m. na posadę drugiego lekarza Kasy Dr. Szatkowskiego. Pierwszym lekarzem Kasy jest Dr. Starachowicz, mianowany przed paru miesiącami.

* W liczbie ranionych w twierdzy Port-Artur znajduje się Dr. Krzywiec.

* Dnia 12 lutego przypada 50-ta rocznica otrzymania dyplomu doktorskiego przez b. kierownika kliniki lekarskiej w Pradze, profesora Bogumiła Eiselta. Czcigodnemu jubilatowi przesyłamy najszczersze życzenia długich jeszcze lat zdrowia i życia dla pożytku nauki i społeczności czeskiej.

* Do zarządu Towarz. czeskich lekarzy w Pradze na rok 1905 wybrani zostali: prezesem prof. Dr. J. Hlava, wiceprezesem Dr. A. Chvojka, skarbnikiem doc. Dr. Kosc, sekretarzem Dr. Votruba.

* Międzynarodowy Kongres dla zwalczania gruźlicy odbędzie się w Paryżu między 2 a 7 października 1905 r. Zamierzono zorganizować 4 sekcye: 1) patologii lekarskiej (przewodniczący Bouchard); 2) patologii chirurgicznej (przewodniczący Lannelongue); 3) ochrony i opieki wieku dziecięcego (przewodniczący Grancher) i 4) ochrony i opieki dla dorosłych (przewodniczący Landouzy). Z Kongresem połączoną będzie wystawa. Wpisowe wynosi 25 franków.

* Między 15 a 21 stycznia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), kołomyjskim, mieleckim (po 1 gm.) myślenickim, nadwórniańskim (po 1 gm.), przemyślańskim (2 gm.), rawskim, tarnopolskim, (po 1 gm.).

Nekrologia. Dr. Serrano, prof. anatomii, zmarł w Lisbonie. Dr. Guye, prof. otyatryi, zmarł w Amsterdamie. Dr. Podhajský, b. lekarz sztabowy, znakomity pisarz i publicysta, zakończył życie w 68 roku życia.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Łobanow mianowany został profesorem okulistyki w Tomsku. Dr. Moritz mian. został profesorem i kierownikiem kliniki lekarskiej w Giessen.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 12 (1904 r.). Przedborski: Przyczynek do powstawania, rozpoznawania i leczenia cierpień zatok bocznych nosa (dok.). Serkowski: Zarys semiotyki moczu (dok.).

— Nr. 1 (1905 r.). Brudziński: O nowych postaciach wysypek ostrych u dzieci. Zenczykowski: Sześć przypadków włośnicy. Puterman i Wołkowicz: Przyczynek do kazuistyki zakażeń pneumokokowych przerzutowych. Arustein. O środkach nasennych przy ostrych chorobach zakaźnych.

— *Postęp okulistyczny* (styczeń). Majewski: O ametropometryi i astygmoskopii. Garliński: Zapalenie rogówki pęcherzykowe.

— *Medycyna* Nr. 4. Palmirski i Żebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłoniczej (c. d.). Mutermilch: Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kw. moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 3 zawiera: Partactwo lecznicze w Galicyi. — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi (c. d.) — O nihilizmie lekarskim (dok.). — Czy jest za dużo pism lekarskich. — Ruch naukowy w polskich Towarzystwach lekarskich (dok.). — Położenie lekarzy praktyków na prowincyi. — Odcinek.

— *Gazeta lekarska* Nr. 4. Bełkowski i Starkiewicz: O zachowaniu się roztworów kwasów, wlanych do żołądka (dok.). Ołtuszewski: Obrazy patologii mowy w świetle nauki współczesnej, oraz zasady leczenia zboczeń mowy (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 2. Barzycki: Sprawozdanie roczne o inspekcyach w r. 1902 (c. d.). Opieński: Przyczynek do statystyki chorobliwości i śmiertelności z duru osutkowego. Zarzycki: W sprawie kanalizacyi m. Lwowa (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 5. Srdinko: Příspěvek k otázce sinusoidů. Teuner: O narkose éterové. Ehler: Ku kasuistice žlučových operaci.

— *La Presse médicale* Nr. 7. Raymond Gregoire: Nefrektomia przy raku. Guillain i Courtellemont: Czynność mięśnia krótkiego odwracającego rękę w porażeniu nerwu sprychowego. Źródło niezupełnego porażenia nerwu sprychowego u jednego dyrektora orkiestry.

— Nr. 8. Reclus: Wykład wstępny. Mahe: Powikłane wyjęcia zębów. Zęby kruche.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 5. Pels-Leusden: O zwichnięciach i zwichnięciach z złamaniem w stawie skokowym. Blumenthal: Gnicie w jelitach przy żółtaczce nieżytowej. Helmbold: O dwóch krzywiczych karlicach, rozwiązanych cięciem cesarskiem, oraz uwagi o wzroście karłowatym. Neuberg: Uwagi chemiczne w sprawie raka. Nieprawidłowe sprawy kiśnienia przy raku. Wagener: Częstość pierwotnej gruźlicy kiszek w Berlinie.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 5. Hödlmoser: Wartość piramidonu w leczeniu duru brzusznego. Gesang: Wędrowanie ciała obcego w oku i samoistne jego wydalenie się. Schulz: Istota działani naświetlonej Röntgenowskiemi promieniami lecytyny na ustrój zwierzęcy. Schein: Leczenie kłykcin kończystych mrożeniem.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 5. Bier: Leczenie ostrego ropienia nawałem zastoinowym krwi. Waldvogel: Zatrucie izosafrolem. Lucae: O brakach słuchawki i o dwóch ważnych środkach pomocniczych, mało do tej pory zauważonych przez prawidłowo- i ciężkosłyszących. Thiemann: Przypadek ostrego kiłowego zapalenia nerek. Runge: Doświadczenia z gonosanem. Merzbach: Dalsze doświadczenia z gonosanem. Stauder: Nefrektomia w przypadku zropiałego wielokomorowego torbiela nerki. Presslich: Prosta próba barwików żółci. Reitter: Rozpoznanie zatoru tętnicy krezkowej górnej. Hoenigsberger: Przypadek obustronnego tłuszczaka sutków.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 5. Hochhaus: Leczenie krwotoku płucnego. Hirschfeld: Rokowanie w cukrzycy. Mellin: Tiosinamina przy przykurczeniach bliznowatych. Israel. Podwiązanie tętnicy podbrzusznej prawej z powodu tętniaka tętnicy pośladkowej dolnej. Flesch: Rokowanie przy szczękościsku, tężcu noworodków i wogóle dzieci z uwzględnieniem leczenia surowiczego. Kromayer: Nowa pewna metoda usuwania włosów. Libbertz i Ruppel: Uodpornienie bydła przeciw gruźlicy (perlicy) i próby z surowicą gruźliczą (dok.). Friedmann: Uodpornienie przeciw gruźlicy prątkami gruźliczymi żółwia.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 5 (od dnia 29/I do 4/II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 27, dziew. 27; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 25, kob. 22; zamiejscowych: męż. 7, kob. 4.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. , 16 ob. 2. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. 1, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 4, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 10, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem:** miejscowych 47, obcych 11.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.



Smak przyjemny, trawienie łatwe bez nudności i bez rozwolnienia. Silne podniecenie apetytu. Zwiększenie wagi ciała.

Z ekstraktem wątroby ze stokfisza.

Łyżka Wina Vivien równoważy 2 łyżkom najlepszego tranu stokfisza.

Paryż ulica Laffayette Nr. 126.

Próbki i broszury do dyspozycyi Panów Lekarzy. 63
We Lwowie w aptekach: PP. Wiewiórskiego i Ruckera; w Krakowie w aptekach: PP. Wiśniewskiego i Redyka; w Tarnowie w aptece: P. Adlera.

TRAN Jodowo Żelezisty

zawiera równie jak Tran Lahussena w 100 gr. Tranu 0·20 Jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy jest sporządzony na najlepszym tranie Meyera, przeto jest smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo żelezisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecanym w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. d.

Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 157

Cena flaszki 1 K. 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

Sapomenthol

nagrodzony dyplomem honorowym i złotym medalem na wystawach międzynarodowych w Paryżu i Londynie 1901, Marsylii 1902.

(Maść Sapomentholowa)

nacieranie ból uśmierzające wyrobu **Eugeniusza Matulii,** aptekarza **w Radomyślu** koło Tarnowa



Maść ta z najlepszym skutkiem używana w cierpieniach reumatycznych, gośćowych, nerwobólach itp. poleca się jako środek zewnętrzny, szybko działający! 163

Sposób użycia: miejsce zbolałe, naciera się 2—3 razy dnia, poczem je owija watą lub flanelą.

Expedyowaną bywa, tylko w słoikach oryginalnych po cenie **1** kor. **40** i większych po **5** koron.

Broszury i próbki dla WPP. Lekarzy na żądanie franko, przesyła **apteka Eugeniusza Matuli Radomyśl koło Tarnowa.**

Składy we wszystkich aptekach.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i **nie psującym** zęby **środkiem**

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.



Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku.

Dwie flaszki wysyłam franco

172

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ“

PIOTRA MIKOLASCHA we LWOWIE

wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy

i

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności **zupełnie identyczny z Siroliną** firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

0 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2·00 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca:

ustalonej sławy

WINA LECZNICZE

przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy.

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.

AQUA FERRO-CALCEA „TERLIK“

(Nazwa i marka prawnie zastrzeżone!)

Przetwór żelazowowapniowy, wypróbowany i za doskonały uznany przez wielu pp. lekarzy

Wskazania:
a) Niedokrwistość, blednica, zmiany szczytów płuc, krztusiec i krzywica.
b) Osłabienia po przebyciu ciężkich chorób, po znacznych krwotokach i brak łaknienia.

Przetwór ten, o dobrym smaku, łatwo strawny, nie psujący zębów, działał nawet w tych przypadkach, w których inne przetwory żelaza zawiodły lub nie były znoszone.

Zapisuje się w dowolnych ilościach. — **Klinikom i szpitalom** celem wypróbowania dostarcza się bezpłatnie!

73

Główne zastępstwo i jedyna fabryka:

Chem.-farm. Laboratorium STERN-APOTHEKE, Wien IV. Karolinengasse 32.